ROK I. LIPIEC 1912. Nr 3.

KWARTALNIK STOMATOLOGICZNY

ORGAN TOWARZYSTWA STOMATOLOGÓW POLSKICH

REDAKCYA I ADMINISTRACYA:
KRAKÓW, RYNEK GŁ. 22, II. P.
TELEFON Nr 275.

NAKŁADEM TOWARZYSTWA STOMATOLOGÓW POLSKICH
CZCIONKAMI DRUKARNI ZWIĄZKOWEJ W KRAKOWIE POD ZARZ. A. SZYJEWSKIEGO.

TREŚĆ NUMERU:

Prosimy uprzejmie o rękopisy wyraźne, czytelne, na jednej stronie kartki z dużym marginesem.

W załączeniu przesyłamy przekaz pocztowej kasy oszczędności, prosimy o nadesłanie należytości.

KWARTALNIK STOMATOLOGICZNY

ORGAN TOWARZYSTWA STOMATOLOGÓW POLSKICH

PRENUMERATA ROCZNA 10 K. ZESZYT POJEDYNCZY 3 K.

Nr III. KRAKÓW 1 LIPCA 1912. ROK I.

OD REDAKCYI.

W Nr. II. »Kwartalnika Stomatol.« w rozprawie Dra Cieszyńskiego »O odcinaniu wierzchołka korzenia« w ustępie ostatnim na str. 8 poprawić należy:

Ponieważ znieczulenie miejscowe dopiero po 3—5 min. następuje, stopniowo się pogłębiając, a po 10 minutach (zamiast 20 min.) uzyskuje niejako maksymum...

ROPOTOK ZĘBODOŁOWY INACZEJ CHOROBA RYGGA.

WYGŁOSIŁ NA XI. ZJEŹDZIE LEKARZY I PRZYRODN. POLSKICH W KRAKOWIE DR LESZCZYŃSKI ADAM.

Ropotok zębodolowy jest jedną z najczęściej spotykanych chorób jamy ustnej. Zwracano się z ropotokiem do lekarzy zwykle zapóźno, ponieważ uchodził dotąd u pacyentów, jak również u lekarzy za nieuleczalną chorobę, prócz tego rowijał się bez bolesnych objawów. Dopiero wrażliwość na zmianę temperatury i od czasu do czasu rwanie w zębach zwracało uwagę na to cierpienie. Lekceważono sobie ropotok, choć skutek jego — pozbycie się przedwcześne zębów — jest bardzo poważny.

E t j o l o g i a. Różne są poglądy na przyczynę tej choroby. Jak dotąd możemy podzielić je na 4 grupy. Jedni, jak Harlan, Rigg's Jounger, Bonwill, Allan uważają za przyczynę specyficzne mikroby miejscową infekcyę i kamień zębowy, który, odsłaniając dziąsła, sprzyja rozwojowi tej infekcyi. Do tejże grupy trzeba zaliczyć i Millera ze swoim poglądem na mięszaną infekcyę. Drudzy sądzą, że ogólne cierpienia wywołują następnie ropotok. Tak Kirka, Piercea, Wassal, Rein i Talbot są zwolennikami konstytucyonalnego pochodzenia. Zaliczają oni do tych chorób lues, diabetes, diathesis urica i ogólną anemię. Paul i Herman są również za ogólnemi przyczynami, uważając ropotok zębodołowy za inicyalny (wczesny) objaw chorób infekcyjnych, wymiany materyi intoksykacyi lekarstw, przy złem odżywianiu, jako też przy nadmiernem odżywianiu, przy chorobach krwi i narządów sekrecyjnych, jak to nadmiar soli wapnia, sclerosis, petrificatio, artritis. Trzecia grupa łączy dwie pierwsze przyczyny — do niej należą Michel i Heidecke, Baume zaś sądzi, że ropotok rozwija się jednocześnie z atrofią alveolaris praecox. Do czwartej grupy należą: Karolyi i Arköwy, którzy za przyczynę uważają zaburzenia w artykulacyi — przeciążenia i nagryzania, poczem następują zaburzenia w krążeniu krwi, w odżywianiu periodontium i zębodołach. Muszę jeszcze dodać zapatrywanie Sachsa na etylogię. Najważniejszym momentem w danej chorobie uważa on nagromadzenie kamienia zębowego, który powiększając się, niszczy więzadła, przytrzymujące korzeń zęba i jest jednocześnie pożywieniem dla bakteryi. Dopóki tkanki są normalne, kamień nazębny wywołuje często tylko agingivitis purulenta, w przeciwnym razie, t. j. przy zmniejszeniu się odporności tych tkanek wskutek przyczyn ogólnej natury — powstaje ropotok zębodołowy. Ja w swej praktyce widziałem pyorrheę powstałą od źle dopasowanej korony.

S y m p t o m y i A n a t o m i a p a t o l o g i c z n a. Arköwy nazywa to caries alveolaris specifica. Baume periodontitis purulenta, inni widzą tutaj zmiany wtórne. Ropotok zaczyna się od puchnięcia dziąsła naokoło zęba, pomiędzy spuchniętem dziąsłem a zębem tworzy się najpierw zagłębienie, a później kieszeń, z której przy ucisku wydziela się bezwonna żółtawa ropa. Odwarstwianie się dziąsła dochodzi czasami do samego wierzchołka korzenia. Na zębie widoczne są kamienie. Ropotok zaczyna się zwykle od kilku zębów, następnie zaś przechodzi na sąsiednie zęby. Przebieg choroby zwykle przewlekły, kończy się zanikiem ścianek zębodołu, coraz większem rozchwianiem się zębów i wypadaniem. Przy dotykaniu takich zębów czuje się stale ból, dziąsła zawsze krwawią, wyczuwa się zły smak i nieprzyjemny zapach z ust. Doświadczenie uczy, że ropotok nie występuje nigdy u dzieci, a nawet u ane

micznych dziewcząt; zdarza się dopiero po 20-tym, a najczęściej po 30-tym roku, co daje do myślenia, że dla wywołania ropotoku potrzebne pewne osłabienie odporności miejscowej, t. j. osłabienie wyrostka zębodołowego.

D i a g n o z a r ó ż n i c z k o w a. Przy różniczkowej diagnozie trzeba zwracać uwagę na atrofię alveolaris praecox (Bauma), przy której niema ropy, na atrofię alveolaris senilis i na odontolitiasis.

T e r a p i a. Stosując się do wskazówek Sachsa leczyć trzeba: po 1) ewentualne ogólne choroby — po 2) usuwać miejscowe podrażnienia — po 3) usuwać chorą granulacyę — po 4) zapuszczać odpowiednie lekarstwa do kieszonek — po 5) dokładnie wygladzać zęby — po 6) późniejsze leczenie i częste oglądanie zębów — po 7) umocowanie chwiejących się zębów.

Ogólne leczenie zwykle zależne jest od lekarzy internistów. Przy miejscowem leczeniu leczą różnie. Berta rozcina dziąsła, Römer i Bourdet wypala termokauterem, kamień zaś zdejmuje zapomocą instrumentów Senny i Jungera. Sachs radzi dla dokładnego zbadania choroby prześwietlać promieniami Röntgena. Lekarstwa używane do zapuszczenia w kieszonki bywają różne: Dalma zaleca chlorek miedzi. Pierre, Rolin kwas siarczany dymiący lub kwaśny azotan rtęci. Kleiman wkrapla lapis po uprzedniem skaryfikowaniu dziąseł. Jounger stosuje kwas mleczny. Miller przecina dziąsła i rozpuszcza po mechanicznem usunięciu kamienia resztki kamienia zapomocą 4% roztworu kwasu solnego lub saletrzanego i jako antisepticum daje wodę utlenioną 4%. Mikulicz zaleca nacinanie dziąseł i przysypywanie jodoformem. Inni jeszcze radzą: $H_2 O_2$ 30%, chlorek cynku z jodyną, roztwór tymolu, kwas chromowy, roztwór kwasu trójchloroctowego. Przy dokładnem wygładzaniu Sachs radzi używać $H_2 O_2$ z pomeksem zapomocą drewienka z pomarańczowego drzewa i obserwować chorego w przeciągu 2 lat co 6 tygodni; dziąsla codzień masować palcem za pomocą kwiatu siarczanego, ruszających się zębów nie wyrywać, a w zamian tego — replantować.

W ostatnich czasach zaczęto leczyć ropotok szczepionkami. Williams wraz z Mirrittem zastosował wakcynoterapię zachęcony dobrymi rezultatami drów Goodby w r. 1907 i Beebégo w r. 1909. Do szczepionki brane były pasożyty z pochewek między zębami i dziąsłami i przenoszone na płytki Petriego z agarem i odpowiednio hodowane. Z pasożytów, które przeważały, przyrządzano szczepionki, poddawano je standardyzacyi i stosowano chorym. Ze względu na trudności techniczne obywano się bez wskaźnika opsoninowego. W 8 wypadkach bardzo przewlekłych stosowano auto wakcynę, w 12 zaś wakcynę od innych

chorych (kilkanaście zastrzyknięć w ciągu kilkunastu tygodni). Ropotok w większości wypadków był zupełnie uleczony. Autor radzi jednakże stosować się do wskaźnika opsoninowego, który ułatwia początkowe dawkowanie, jak również radzi stosować wakcynacyę wraz z miejscowem leczeniem. Stoner w Baltimore otrzymał na 76 — 46 wyleczonych, 22-dwie poprawy, 5 wyników ujemnych. Dobrzaniecki z Wiednia leczy z dobrym skutkiem zapomocą naświetlania. Umocowywanie zębów jako środek leczniczy uskutecznia się zapomocą cienkiego złotego drucika.

Ja w swej praktyce w kilkunastu wypadkach stosowałem sposób leczenia chirurgiczny z rezultatem zawsze dobrym. Po gruntownem oczyszczeniu zębów z kamienia nacinałem dziąsła głęboko zapomocą noża Graefego, używanego przez oftalmologów przy zdejmowaniu katarakty. Nacięcia robiłem od wewnątrz — od zęba — na zewnątrz, by nie stępić noża. Po 4 dniach lub tygodniu powtarzałem nacięcia w miejscach, gdzie dziąsło odwarstwialo się jeszcze. Potem stosowałem wstrzyknięcia 50% a. c. d. trichloraceticum w przeciągu 3—4 tygodni.

O ZAOPATRYWANIU KORZENI.

KILKA ZASADNICZYCH PYTAŃ — OPRACOWAŁ Dr. L. MIRTENBAUM.

Biorąc do ręki najświeższy zeszyt jakiegobądź czasopisma stomatologicznego można być pewnym, że znajdzie się w nim choćby jeden artykuł, zalecający jakąś nową metodę zaopatrywania korzeni, albo jakąś choćby drobną modyfikacyę, jakieś nowe lekarstwo lub przyrząd, lub modyfikacyę przyrządu, który — w przekonaniu autora — ma wreszcie wprowadzić leczenie korzeni na właściwe tory. I zależeć to już będzie od zachowawczego lub skłonnego do nowatorstw usposobienia lekarza, czy da posłuch udzielanym mu zewsząd rzekomo zbawiennym (a tak sprzecznym) radom, czy też trzymać się będzie ściśle metod, wpojonych mu jeszcze przez nauczycieli dentystyki. Z jednej strony grozi mu zupełna dezoryentacya, z drugiej bezmyślne trwanie w błędach, dawno już przezwyciężonych. Może nigdzie tak jak w medycynie wyłączna przynależność do jednego obozu nie jest tak szkodliwą, nigdzie też może teorya z empiryą nie są w tak ciągłej walce.

I bodaj czy nie największą zasługą pioniera dentystyki Millera jest to właśnie, że przez jasne i logiczne sformułowanie tego, co należy żądać od materyału do wypełniania zębów albo od środka do wypełniania korzeni, aby pod każdym względem odpowiadał swemu celowi, dał każdemu lekarzowi możność samodzielnej oryentacyi: każdy może teraz sam ocenić, jakie są niedomagania dotychczasowych środków, a przy świeżo polecanych zbadać, o ile one te niedomagania naprawdę usuwają.

Dlatego też idąc w jego ślady, zamiast polemizować nad wyższością tego lub owego lekarstwa, zamiast wchodzić w roztrząsanie drobiazgów technicznych, warto także rozważyć w sposób zasadniczy, czy w labiryncie metod zaopatrywania korzeni nie dałyby się znaleść jakieś wytyczne linie.

Najmniej może w literaturze podlegają dyskusyi metody dyagnostyczne, jakkolwiek właśnie niedokładne rozpoznanie i błędnie wskutek tego zastósowana terapia jest jedną z najczęstszych przyczyn niepowodzenia w leczeniu korzeni. Co prawda, o ile chodzi o poszczególne odmiany zapalenia pulpy, niemożność rozpoznania nie stawia nas wcale w kłopotliwem położeniu, skoro na wszystkie mamy jeden tylko i to skuteczny środek — dewitalizacyę — przynajmniej jak długo jeszcze, nawet przy rozpoczynającem się zapaleniu pulpy, próba konserwatywnego leczenia z reguły zawodzi. Natomiast przy zapaleniu ozębnej aż nazbyt często, ani nie możemy przewidzieć, jak się sprawa dla zęba skończy, ani jasno określić wskazanie do leczenia. Po części, przynajmniej w przypadkach chronicznych, promienie Roentgena mogą nam dać cenne wskazówki, tylko środek ten dyagnostyczny zbyt wiele zachodu wymaga w stosunku do częstości sprawy chorobowej.

Pierwszą zasadniczą kwestyą przy leczeniu korzeni jest kwestya aseptyki wzgl. antyseptyki. I tu już można zauważyć przesadę w jednym, lekkomyślne zaniedbanie w drugim kierunku. Jedni nie mogą w żaden sposób uspokoić swego aseptycznego sumienia, inni z pietyzmem podtrzymują tradycye sielankowej wprost septyki z czasów przed Semmelweissem. Cum grano salis! Możliwa czystość instrumentów rozumie się sama przez się, ale ostatecznie wyjęcie pulpy nie jest laparotomią.

Cofferdam przedstawia wielkie korzyści w kierunku ochrony przed zakażeniem, elegancyi w rękoczynie, a przedewszystkiem w kierunku ochrony błony śluzowej jamy ustnej przy zastósowaniu żrących lekarstw. Ale często założenie cofferdanu jest technicznie niewykonalne; niemożliwem jest ono także u bardzo wrażliwych, bojaźliwych pacyentów, u których szereg zabiegów, zmierzających do wyleczenia zęba trzeba

ograniczyć do minimum possibile, jeżeli wyleczenie to wogóle ma dojść do skutku. Dla wielu wreszcie brak czasu przy liczniejszej praktyce będzie utrudnieniem w częstem stosowaniu cofferdamu. Jakkolwiek więc niewątpliwie stosując cofferdam, zwłaszcza przy leczeniu korzeni, możemy uzyskać lepsze wyniki, tak z drugiej strony przesadnem byłoby twierdzić, że bez cofferdamu leczenie korzeni jest bezcelowe i bezwartościowe.

Biorąc za punkt wyjścia w rozpatrywaniu leczenia korzeni te przypadki, w których pulpa znajduje się w warunkach najbardziej do normy zbliżonych, musimy się zająć przedewszystkiem nakryciem pulpy (Pulpaüberkappung). Przypuśćmy, że mamy przed sobą zęba, który nigdy dotąd nie bolał, co najwyżej czasem reagował na zimno i ciepło; oczyściliśmy już prawie jamę w zębie, a teraz jeszcze jedno pociągnięcie exkawatorem lub dotknięcie świderkiem, a obnażymy pulpę. W tej chwili nasuwa się zasadnicze pytanie: czy odsłonić pulpę, czy też pozostawić nad nią warstwę zębiny rozmiękłej, wyjałowiwszy ją tylko o ile możności środkami niedrażniącymi.

Pytanie to byłoby bezprzedmiotowem, gdybyśmy rozporządzali środkami odkażającymi, dla pulpy nieszkodliwymi, a mimoto dość energicznymi, zdolnymi przytem do dyffuzyi przez zębinę. W takim razie metoda pośredniego nakrycia (nakrycia z pozostawieniem warstwy zębiny nad pulpą) jako prostsza miałaby bezwarunkową wyższość nad metodą bezpośredniego nakrycia (z odsłonięciem pulpy), a nawet byłaby jedynie wskazaną.

Przyjmijmy jednak, że owe środki odkażające nie są w stanie całkowicie wygubić bakterye przenikające zębinę: czy można wyciągnąć stąd wniosek, że tylko bezpośrednie nakrycie pulpy jest wskazane? Po bliższej rozwadze okazuje się, że bezpośrednie nakrycie, tak jak się je dzisiaj robi, w swojem znaczeniu terapeutycznem równa się pośredniemu, tylko z dodatkiem mechanicznego urazu i świeżej infekcyi. Nikt bowiem nie postępuje przytem tak, jakby tego wymagało ścisłe przestrzeganie zasady usunięcia wszystkiego, co mogłoby być zakażonem. Bo chcąc być konsekwentnym należałoby usunąć całą rozmiękłą zębinę i część zdrowej zębiny, czyli, innemi słowy, szeroko obnażyć pulpę. To zaś jest niemożliwem.

Po pierwsze dlatego, że żaden pacyent by tego nie wytrzymał bez zastósowania środków znieczulających; tych zaś używać nie możemy, nie chcąc zmniejszać żywotności i odporności pulpy.

Po drugie — okaleczenie byłoby tak znaczne, że żadnymi środkami nie moglibyśmy zapobiec następczemu zapaleniu pulpy na tle urazowem. Tembardziej więc odpaść muszą wszelkie próby wyleczenia pulpy

w stanie powierzchownego zapalenia — o ile połączone są z obnażeniem pulpy. Bezpośrednie nakrycie pulpy bowiem jest w rzeczywistości — o ile się je wykonuje radykalnie — niską amputacyą pulpy, ta zaś przez to pozostaje w tyle poza typową amputacyą, że podczas gdy przy tej ostatniej wymaga się od pulpy tylko wstecznych nekrobiotycznych funkcyi wśród warunków sztucznie ukorzystnionych, to przy pierwszej wymagamy od niej zwiększonych funkcyi życiowych, wśród możliwie najniekorzystniejszych warunków.

Pomijając więc przypadki mimowolnego odsłonięcia pulpy, w których ostatecznie mogłyby znaleść zastosowanie dzisiejsze metody bezpośrednie, mamy więc do wyboru tylko między pośredniem nakryciem pulpy (z pozostawieniem warstwy zębiny nad pulpą) a — dewitalizacyą pulpy.

Pytanie, co należy wybrać, powinno się rozstrzygać całkiem indywidualnie, od przypadku do przypadku, kierując się względami praktycznymi. Jeżeli próchnica rozległa, ząb już bolał, lepiej będzie dać arsen. Ale jeżeli otwór niewielki, ząb nigdy nie bolał, conajwyżej nieco reagował na zimno i ciepło, chodzi przytem o indywidyum młode, z nierozwiniętymi jeszcze całkiem zębami, albo też chodzi o zęby przednie, ulegające odbarwieniu po dewitalizacyi, to lepiej będzie zastosować pośrednie nakrycie pulpy. Bo nie wzbudzi to zaufania u pacyenta, jeżeli przeprowadzimy skomplikowane leczenie korzeni, ze znacznem rozszerzeniem otworu w zębie, który go jeszcze nigdy nie bolał, o którego schorzeniu może nawet wcale nie wiedział.

Przypuśćmy teraz, że przeszliśmy już Rubikon, założyliśmy arsen. Z tą chwilą kostki padły, cokolwiek teraz uczynimy nie będzie już zmierzało do wyleczenia pulpy, do utrzymania jej sil żywotnych, lecz tylko, jedynie i wyłącznie do zupełnej jej nekrozy, naturalnie z zabezpieczeniem przed szkodliwymi wpływami nekrotycznej tkanki. Zdawałoby stę to jasnem jak słońce; a jednak są tacy, którzy przekroczywszy już rzekę oglądają się wstecz i zastanawiają się, czy nie pozostawić pulpy żywej, choćby w korzeniach tylko.

Że pulpa w korzeniach pozostaje nieraz przy życiu mimo zastostowania arsenu, o tem przekonujemy się dość często. Myśl utrzymania przy życiu pulpy korzeniowej ma w sobie coś ponętnego: z jednej strony żywa pulpa stanowi dla ozębnej absolutnie pewne przedmurze, niedopuszczające do jej zakażenia; z drugiej strony u osobników młodych, przy żywej pulpie, rozwój korzeni mógłby się dalej odbywać. Do tego wszystkiego potrzeba nam jednak pulpy niezmienionej patologicznie. Niestety nie mamy sposobu, któryby nam pozwolił rozstrzygnąć, czy infekcya w obrębie zapalonej pulpy nie zajęła już rozgałę-

zień jej korzeniowych i czy działanie arsenu nie rozciąga się — choć mniej intenzywnie — na pulpę korzeniową. Wobec tej zależności od czynników nieobliczalnych musimy zrezygnować z jakichkolwiek prób utrzymania pulpy przy życiu z chwilą, gdy raz zastósowaliśmy arsen. Z tą chwilą mamy przed sobą tylko dwie ewentualności: albo zupełne usunięcie pulpy z następowem wypełnieniem korzeni, albo unieszkodliwienie pozostawionych kikutów dobrze zdewitalizowanej pulpy przez ich mumifikacyę (wzgl. aseptyczną kollikwacyę). Tertium non datur! Obie ewentualności mają swoją racyę bytu, ale tylko wtedy, jeżeli mamy możność jedną, względnie drugą metodę całkiem konsekwentnie przeprowadzić. Nie osięgniemy dobrych wyników jeżeli dążąc do zupełnego usunięcia pulpy pozostawimy jej cząstki zmiażdżone lub poszarpane (łatwo przez to podlegające infekcyi), nie osięgniemy ich również, jeżeli dążąc do mumifikacyi pulpy a zastosowawszy za słabe lub nie przenikające antyseptyki pozostawimy pulpę w stanie nekrobiozy i degeneracyi, gnieżdżącą w sobie kwitnące lub tylko odurzone bakterye.

Pierwsza ewentualność — zupełne usunięcie pulpy — jest metodą idealną, mającą bezwarunkową wyższość nad metodą drugą: to przyznają nawet najzagorzalsi zwolennicy amputacyi (Boennecken). Twierdzą oni jednak, że nie we wszystkich zębach ta idealna metoda da się przeprowadzić bez pozostawienia niedostępnych cząstek pulpy, a w tych wypadkach od niedokładnego wyjęcia pulpy lepszą jest świadomie i racyonalnie wykonana amputacya. Wskazują na odlewy pulpy otrzymane przez Preiswerka i Fischera, istną przędzę Arachny, o niezliczonych rozgałęzieniach i anastomozach i żądają podania sposobu, w jaki możnaby wszystkie te gałęzie, gałązki i gałązeczki wydostać z korzeni. Inaczej bowiem nie można mówić o zupełnem usunięciu pulpy, lecz tylko o wysokiej jej amputacyi. I rzeczywiście zauważyć można, że publikacye Preiswerka i Fischera wywołały pewną konsternacyę w świecie dentystycznym i bezpośrednio spowodowały wskrzeszenie dawno już zarzuconej amputacyi pulpy. Ci, którym mozolne wydobywanie pulpy z każdego korzenia z osobna już dawno było solą w oku, z zapałem przygarnęli metodę amputacyi mając już teraz sumienie uspokojone przez pierwszorzędne autorytety. Zdaje się jednak, że zapał ten wnet ostygnie. Słusznie niedawno zapytał Scheff [1]): dlaczego apostołowie metody amputacyi, skoro mają tak znakomite wyniki, nie polecają jej dla wszystkich zębów, dlaczego nie mają odwagi oświadczyć stanowczo, że tylko w ten sposób można zęby naprawdę leczyć i uratować? Widocznie więc metoda ta nie jest znów tak pewną i nadaje

[1]) Oest. Ung. Vierteljahrschrift f. Zahnheilkunde 1912, zeszyt 2.

się tylko jako zabieg pomocniczy w przypadkach, w których w inny sposób nie możemy sobie poradzić!

Jak się spór o amputacyę rozstrzygnie trudno przewidzieć. Może metoda wydobyta z zapomnienia znów do niego wróci, a może — i to uważałbym za prawdopodobniejsze utrzyma się uległszy znacznym ograniczeniom w zakresie swoich wskazań, jak się to w historyi medycyny już nieraz działo. Kto metodę tę przez dłuższy czas stosował, musiał zauważyć, że niepowodzenia są przecież częstsze o wiele, niż przy metodzie wyjęcia pulpy. Doświadczenie uczy, że komplikacye najczęstsze są wtedy, gdy pozostawiliśmy w zębie grube mięsiste gałęzie pulpy albo też gdy po wielokrotnych próbach wyjęcia zapomocą igiełki Donaldsona pozostawiliśmy cząstki pulpy w szczególnie wąskich lub zakrzywionych kanałach korzeniowych. W pierwszym wypadku wytłómaczenie leży prawdopodobnie w szerokiem foramen apicale (szerokie wrota infekcyi), w drugim poszarpane, ze skrzepami krwi zmięszane tkanki (jak z chirurgii wiadomo) łatwiej uległy infekcyi, albo też nie mogły z powodu wąskości kanału, wejść w należyty kontakt z wprowadzonymi potem do korzeni antyseptykami. Ztąd wniosek, że należy wyjąć pulpę we wszystkich tych wypadkach, w których to jest możliwe, a więc nietylko w przednich zębach, lecz także i w tylnych z korzeni u góry podniebiennych, u dołu distalnych; o ile to (czasem z powodu umiejscowienia jamy w zębie dość łatwo) jest możliwe także z innych korzeni, a wliczam tu także górne dwuguzikowce, jako stosunkowo dość łatwo dostępne. O ileby jednak próba całkowitego wyjęcia pulpy się nie powiodła, nie należy zostawiać poszarpanych cząstek, lecz zapomocą żrących kwasów lub cienkich świderków zniszczyć te resztki pulpy.

Pozostawi się natomiast w korzeniach i podda mumifikacyi metodę Boenneckena gałęzie pulpy albo całkiem niedostępne, albo też dostępne tylko z poświęceniem zbyt wielkiej części zdrowej substancyi zęba. Granice między wyjęciem a amputacyą będą także indywidualne, zależeć będą także od zapasu wytrwałości, którym rozporządza pacyent, od wieku pacyenta (u osobników starych i niektórych innych zęby mają kanały nadzwyczaj wąskie lub nawet całkiem obliterowane) i t. d.

Znakomite usługi oddaje metoda amputacyi w leczeniu zębów mlecznych, gdzie wyjęcie pulpy jest niemożliwe; tutaj naprawdę amputacya jest ogromnym postępem i pozwala prawie zawsze, tak ważne dla rozwoju szczęki i należytego żucia, zęby mleczne uratować.

Zarówno dla wyjęcia pulpy, jak również dla amputacyi bardzo ważną jest należyta dewitalizacya. Dla tej ostatniej może nawet w wyższym jeszcze stopniu. Amputacya bowiem da się wykonać bezboleśnie

nawet po stosunkowo niedługiem zadziałaniu arsenu, a wobec tego, że unikamy sondowania korzeni, bardzo łatwo zdarzyć się może, że pulpa w korzeniach pozostała żywą. Przy żywej zaś pulpie o mumifikacyi mowy być nie może. Przedtem zaś podkreśliłem już powody dla których pozostawienie pulpy żywej kryje w sobie pewne niebezpieczeństwo. Pozostawiam na uboczu kwestyę do dziś dnia jeszcze sporną ile dni powinno się pozostawić arsen w zębie. Uwzględniając indywidualne cechy poszczególnych zębów, stopień ich schorzenia i t. d., używając przytem stale jednego preparatu, każdy, na podstawie doświadczenia przy wyjmowaniu pulpy, stworzy sobie sam zasady, któremi się kierując w każdym prawie wypadku uzyska zupełną dewitalizacyę. Fatalne co prawda są wypadki, nie tak rzadkie, w których, mimo kilkakrotnej applikacyi, pulpa prawie wcale na arsen nie reaguje. Zdarza się to najczęściej wtedy, gdy pulpitis trwała już czas dłuższy i jak się zdaje zaszły głębsze zmiany w strukturze pulpy. Chyba tylko badanie prądem elektrycznym w podejrzanych wypadkach mogłoby uchronić przed przykremi następstwami.

Obawy, na które zwróciłem uwagę, odpadają naturalnie, jeżeli zamiast metody Boenneckena używa się metody Witzla, w połączeniu z półsondowaniem (halbe Sondierung), przy którem mamy sposobność przekonać się, czy dewitalizacya jest zupełną.

Jeżeli nie amputowaliśmy pulpy, lecz wyjęliśmy ją całkowicie, to po zapanowaniu nad krwotokiem staje się aktualną kwestyą: czy natychmiast definitywnie wypełnić korzenie i jamę w zębie, czy też wprowadzić do korzeni tampony antyseptyczne wzgl. aseptyczne i wypełnić tymczasowo. Za natychmiastowem wypełnieniem przemawia możność zakażenia przez nie dość hermetyczne wypełnienie tymczasowe i ekonomia czasu, za tamponadą wydarzające się często krwotoki następowe (których wyrazem są podrażnienia okostnej) i ta okoliczność, że krew wynaczyniona stanowi zbyt dobrą pożywkę dla drobnoustrojów. Ważniejszym od przemijającego podrażnienia okostnej, zdarzającego się zresztą także i przy dwuczasowej operacyi pulpy, jest moment drugi — rozkład krwi wynaczynionej. Moment ten będzie decydującym, jeżeli nie wypełniamy korzenia szczelnie nieporowatą masą: w tym razie będziemy musieli założyć tampon, który, napojony silnym antyseptykiem i pozostawiony nie dłużej, jak 24 godzin, nie dopuści do zakażenia, owszem zniszczy bakterye, które się przedostały przy wyjęciu pulpy i tamowaniu krwotoku. Tampon aseptyczny tym wymaganiom nie odpowiada.

Przy wypełnianiu korzeni z zasadniczego stanowiska wyłonią się następujące pytania:

1-e Czy wypełnić szczelnie masę taką, która się już więcej z korzenia usunąć nieda, czy też dającą się w razie potrzeby wydostać.

2-e W razie decyzyi w jednym lub drugim kierunku, jakim warunkom masa ta odpowiadać powinna.

Rozpatrywanie tego drugiego pytania jest zbyteczne nie dlatego, że Sachs uznał je za podrzędne wobec kwestyi, jak należycie wypróżnić korzenie, ale dlatego, że co do warunków, które spełnić musi idealna masa do wypełniania panuje zgodność zapatrywań, spornem jest tylko, która z istniejących mas najważniejszym warunkom odpowiada; rozstrzyga ważność którą się temu lub owemu warunkowi przypisuje.

Przyjmując za pewnik, że wypełniony być musi przedewszystkiem sam szczyt korzenia, zasadniczo pytać będziemy tylko: czy wypełnić masą, dającą się w razie potrzeby usunąć czy też nieusuwalną.

Gdybyśmy w każdym przypadku mogli uzyskać pewność, że zamknęliśmy naprawdę sam wierzchołek korzenia hermetycznie, to usunąwszy w ten sposób raz na zawsze wszelką możność zakażenia okostnej, nie obawialiśmy się już żadnych niespodzianek. Ale czy naprawdę pewność tę zdobyć możemy? Nie powinno się czynów ważyć samemi tylko dobremi chęciami. Zbyt często jednak pozostanie przy dobrych chęciach i autosuggestyi. Nie mówię już o kanałach zakrzywionych lub rozgałęzionych, ale nawet w najtypowszych przypadkach, nawet po dokładnem sondowaniu nie możemy wiedzieć czy nie pozostała pusta wzgl. powietrzem lub czem innem wypełniona przestrzeń, albo czy od przypuszczalnego do rzeczywistego foramen apicale nie przebiega jeszcze jeden lub nawet kilka drobnych kanalików. A tu właśnie może być pięta Achillesa.

Jeżeli nawet przyjmiemy, że liczba złych wyników przy wypełnianiu masą, niedająca się usunąć, jest znikająco małą, te nieliczne złe wyniki nabierają wagi przezto, że już nie dają się absolutnie naprawić.

Przechodząc do leczenia z g o r z e l i p u l p y, już na wstępie zaznaczyć trzeba, że leczenie to jest w literaturze terenem żywszych jeszcze o wiele sporów, niż postępowanie przy zapaleniach pulpy. W całej chyba nieorganicznej i organicznej chemii niema już pierwiastków ani połączeń o energicznem działaniu, któreby dotąd nie znalazły zastósowania w terapii zgorzeli pulpy. I zdawałoby się na pozór, że rozstrzygnięcie między tylu zalecanymi środkami jest niezmiernie trudne, gdyby ono nie było... zupełnie zbyteczne. Bo skoro postulatem — na który się wszyscy godzą — jest, prócz mechanicznego oczyszczenia korzeni, energiczna desinfekcya, to każdy środek silnie bakteryobójczy jest dobrym, skoro nawet odpada warunek, w innych działach medycyny zwykle trudny do spełnienia: brak żrącego wpływu na

tkanki ustroju. Zatem można śmiało pozostawić osobistemu upodobaniu każdego, który z istniejących środków desinfekcyjnych zechce używać. Tylko nie wystarczy odkazić samo wnętrze przewodów w korzeniach, lecz trzeba o ile możności zniszczyć także drobnoustroje, przenikające ściany tych przewodów, zwłaszcza w najbliższem ich sąsiedztwie. A do tego mamy dwie drogi:

Pierwszą jest rozpuszczenie warstwy zębiny zapomocą silnych kwasów lub zasad, albo wywiercenie tej warstwy zapomocą specyalnych świderków;

Drugą jest zastósowanie środków, mających zdolność wnikania w ściany korzeni, a więc lotnych antyseptyków albo elektrolizy. Jeszcze pewniej będzie naturalnie w każdym przypadku rozszerzyć przewody korzeniowe i założyć tampony napojone przenikającym antyseptykiem. Czy rozszerzenie to ma nastąpić drogą instrumentalną czy też chemiczną, jest kwestyą zupełnie drugorzędną, zależną tylko od większej wprawy operatora w jednym lub drugim kierunku.

Osobny rozdział należy się formokresolowi, który tak ważną rolę odegrał w nowoczesnej terapii zgorzeli pulpy. Jeżeli się zapytamy czemu przypisać należy to, że środek ten tak szybko i tak powszechnie zdobył sobie pierwsze miejsce wśród antyseptyków, używanych w dentystyce, to zauważyć można, że złożyło się na to kilka przyczyn:

Po pierwsze, popularne i bardzo ponętne przedstawienie działania chemicznego tego środka przez Buckleya. Powtóre, datujące się oddawna ogromne zaufanie do odkażającego działania formaliny (w dentystyce wprowadzonej przez Łepkowskiego), która dotąd tylko dlatego nie znalazła szerszego zastósowania, że w stanie nierozcieńczonym zbyt drażniła okostną. Po trzecie silne działanie odwaniające, zaznaczające się nieraz już po pierwszej wkładce. Przy używanych dotąd środkach nie byliśmy do tego przyzwyczajeni. Trzeba było częstych wkładek zanim przykra woń z korzeni znikła. W tej jednak własności formokresolu mieści się, według Mayrhofera, pewne niebezpieczeństwo. Brak przykrego zapachu w tym wypadku dowodzi tylko chemicznego związania produktów gnicia tkanek, czem innem zaś jest zniszczenie samych bakteryi wywołujących gnicie. Tymczasem niektórzy, uzyskawszy po jeonorazowej wkładce formokresolowej bezwonność przewodów korzeniowych, uważali korzenie te za wyleczone — wniosek bezwarunkowo niesłuszny. Wobec tych refleksyi Mayrhofera zapomnieć jednak nie należy, że formalina — trikresol prócz tej odwaniającej własności ma także znaczną zdolność odkażającą, przytem formol, ulatniając się, wnika nawet tam, gdzie nie dochodzą zwykłe antyseptyki. Niewątpliwie więc jednorazowa wkładka formokresolowa nie wystarcza, musi być

założona kilkakrotnie i to do samych korzeni. Z powodu odwaniającego działania brak nam tylko kryteryum, ile razy to ma nastąpić, podczas gdy przy innych środkach antyseptycznyeh brak zapachu był zarazem dowodem zniszczenia bakteryi, wywołujących gnicie. Z drugiej strony zniszczenie produktów gnilnego rozkładu, drażniących okostną, na którem właśnie polega odwaniające działanie formaliny, jest własnością wielce pożądaną.

Ostatecznie nigdy nie możemy zdobyć pewności, że wszystkie bakterye chorobotwórcze, znajdujące się w korzeniach, zostały zniszczone. Ale — ultra posse nemo obligatur. Wskutek braku kryteryum jednak lepiej trochę przesady w desinfekcyi, niż zbytniej ufności w szybkie załatwienie się ze zdradliwymi drobnoustrojami. O żadnej metodzie oczyszczania korzeni nie można powiedzieć, że przyniosła ona wreszcie, tak pożądane, uproszczenie leczenia zgorzeli pulpy.

Dr. LEOPOLD BRENNEISEN.

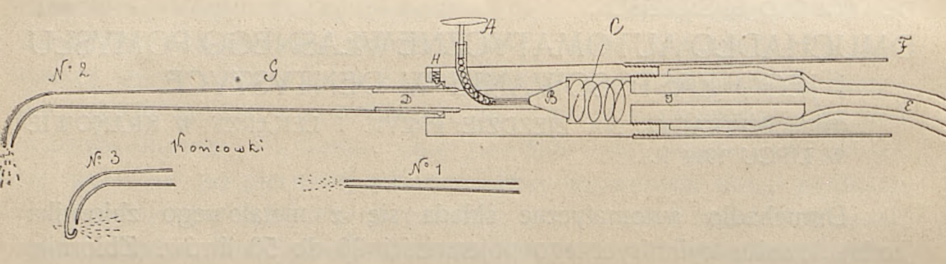
DMUCHADŁO AUTOMATYCZNE WŁASNEGO POMYSŁU I JEGO ZASTOSOWANIE W DENTYSTYCE.

(DEMONSTRACYA NA ZJEZDZIE PRZYR. I LEKARZY W KRAKOWIE W LIPCU 1911 R.)

Dmuchadło automatyczne składa się z metalowego zbiornika (kotła) kształtu cylindrycznego pojemności 20 do 50 litrów. Zbiornik, opatrzony jest klapą bezpieczeństwa, manometrem i dwoma wentylami, światło których możemy dowolnie zamykać lub otwierać, a nawet przy zbyt wysokiem ciśnieniu dla osłabienia pędu powietrza zmniejszać przy pomocy znajdujących się w nich kranów. Do wentyli przymocowane są śrubami dwie rury: jedna służy do wprowadzania powietrza i łączy się z kompressorem, który może być dowolnego typu: ręczny, nożny lub też poruszany elektrycznością, druga zakończona regulatorem służy do dmuchania. Wytrzymałość zbiornika i rur wypróbowana jest na ciśnienie 4 atmosfer — ale dla naszego celu najodpowiedniejsze jest $2^1/_2$ do 3 atmosfer; przy naładowaniu silniejszem zmuszeni jesteśmy zmniejszać odpowiednio przy pomocy krana światło, wyprowadzającego

wentyla. Nad opisem kompressora zastanawiać się nie będę; tyle jest ich różnych typów i rodzajów, gotowych do nabycia, że wybrać odpowiedni nie przedstawia żadnej trudności. Na jedno tylko muszę zwrócić uwagę: kompressor nie powinien czerpać powietrza ze swego najbliższego otoczenia — gdyż ono łatwo może być zanieczyszczone, a pragnąc mieć w zbiorniku powietrze możliwie czyste, musielibyśmy dla kompressora wyszukiwać odpowiedniego miejsca do ustawienia, a to nie zawsze byłoby wygodnem. Kompressor więc musi być opatrzony nie jedną, lecz dwoma rurami: jedna służy do wypuszczania powietrza do zbiornika, druga zaś do czerpania tego powietrza z miejsca, przez nas wybranego. W ten sposób kompressor, dajmy na to, ręczny, korbowy — zawielki, by stał w gabinecie, może się mieścić w pracowni, a że tam powietrze zwykle bywa zanieczyszczone kredą, pomeksem, niekiedy nawet kopciem i gazem świetlnym, więc czerpać je możemy przez rurę z innego miejsca. W mieszkaniu powietrze zwykle bywa najczystszem nad ranem przed rozpoczęciem się ruchu i sprzątania pokojów — wtedy więc jest najodpowiedniejsza pora do naładowywania zbiornika.

Rzecz naturalna, że jeden zbiornik, byle tylko dostatecznej był pojemności, może obsłużyć kilka gabinetów; do każdego bowiem z nich możemy przeprowadzić od zbiornika rurę — najlepiej metalową i do niej przymocować ruchomą rurkę gumową, zakończoną regulatorem.



Przez uciskanie klawisza A odchylamy mniej lub więcej stożkowaty korek B działając nań za pośrednictwem szrutu, umieszczonego w zgiętej rurce. Przez utworzoną dokoła korka obrączkową szparę wpada powietrze z rurki gumowej E do rurki D, na którą nasadzona jest końcówka G. Zatrzask H służy do przytrzymania wsuniętej na rurkę D końcówki, opatrzonej na końcu nasadzonym wałeczkiem. Sprężyna C wraz z ciśnieniem powietrza, znajdującego się w rurce I, na którą nałożona jest rurka gumowa E, po zdjęciu palca z klawisza A, automatycznie przerywa dopływ powietrza przez dociśnięcie kurka B.

Konstrukcya regulatora wyjaśnia się dostatecznie na załączonym rysunku. Zadaniem jego jest za naciśnięciem klawisza wypuszczać powietrze, przyczem pęd tego powietrza jesteśmy wstanie regulować: im

bardziej klawisz przyciskamy, tem pęd jest silniejszy i odwrotnie. Końcówki bardzo łatwo i szybko dają się zmieniać. Możemy je stale mieć sterylizowane w większej ilości i dla każdego pacyenta zakładać świeżą. Końcówek tych są trzy rodzaje: 1) dmuchające w kierunku prostym, 2) dmuchające w bok pod kątem prostym i 3) dmuchające w kierunku odwrotnym, odpowiednie do osuszania np. tylnych powierzchni zębów mądrości; te ostatnie są z kształtu podobne do Nr. 2 t. j. do takich, jakie są powszechnie dotychczas używane z tą tylko różnicą, że otwór końcowy jest w nich zalutowany, powietrze zaś się wydostaje przez dziurę, znajdującą się na powierzchni bocznej rurki przy samym jej końcu po stronie wklęsłej. Powietrze więc wypływa nie w kierunku osi rurki, lecz w kierunku do tej osi prostopadłym. Zaletą tej końcówki jest to, że w najciaśniejszem miejscu możemy nią swobodnie się posługiwać.

Nim powietrze z rezerwoaru przedostanie się do regulatora, przechodzi ono jeszcze przez ogrzewacz i tam nabiera odpowiedniej ciepłoty. Dla mających elektryczne urządzenie można polecać odpowiednie ogrzewacze elektryczne ze spiralnym drutem platynowym, rozżarzanym prądem elektrycznym. Tego rodzaju ogrzewacze wyrabiają fabryki Whitt'a i Reinigera (pierwsza małe do dmuchawek dentystycznych — druga zaś duże do gorących powietrznych natrysków). Dla tych, co prądu nie posiadają, przedstawiam dwa typy ogrzewaczy. Pierwszy z nich składa się ze spiralnie zwiniętej rurki mosiężnej oraz umieszczonych pod nią paru palników spirytusowych lub gazowych. Ogrzewamy bezpośrednio rurkę — a powietrze przechodząc przez jej zwoje też się nagrzewa. Ujemną stroną tego przyrządu jest to, że trzeba zwracać uwagę, by rurka się zbytnio nie rozżarzała — gdyż w tym wypadku z jednej strony powietrze będzie czuć spalenizną, z drugiej zaś psuje się połączenie tej rurki z rurką gumową. Drugi typ ogrzewacza składa się z niklowanego kociołka pojemności 1—2 litrów, napełnionego wodą, którą możemy ogrzewać umieszczonym pod kociołkiem palnikiem, i spiralnie zgiętej rurki mosiężnej, przez którą przepływa powietrze, zanurzonej w kociołku. Rurka ta daje się pogrążać do dna i podnosić do góry, wskutek czego mniejsza lub większa część jej bywa wrzątkiem ogrzewana; to daje nam możność regulowania temperatury wypuszczanego powietrza. W tym ogrzewaczu nie spotykamy tych stron ujemnych, jakie daje bezpośrednie nagrzewanie rurki metalowej.

Z powyższego opisu widzimy, że dmuchadło automatyczne mego pomysłu daje nam możność wykonywać nasze rękoczyny czyściej, aseptyczniej, szybciej, dokładniej i łatwiej niż to jest możebnem przy użyciu zwykłych dmuchawek dentystycznych.

1) Powietrze wdmuchiwane czerpiemy nie z najbliższego otoczenia pacyenta, gdzie wzraz z wydmuchiwanemi opiłkami świdrowanego zęba unoszą się liczne drobnoustroje — ale z przestrzeni niezanieczyszczonych. — Powietrze więc bezwarunkowo wdmuchujemy czystsze.

2) Przedostawanie się do dmuchadła śliny jest całkiem niemożliwe, czego o dmuchawkach powiedzieć nie można.

3) Dla każdego pacyenta mamy wysterylizowaną końcówkę.

4) Możemy z łatwością osuszać najniedostępniejsze przestrzenie wdmuchując tam ciepłe powietrze przez nierozgrzaną końcówkę — a więc nie obawiając się poparzenia błony śluzowej.

5) Możemy wedle życzenia uregulować i pęd powietrza i jego ciepłotę — wreszcie

6) Nie nużymy ręki swej bez potrzeby, przeto oszczędzamy sił naszych oraz osuszamy daleko prędzej niż dmuchawką ręczną, przeto oszczędzamy czasu.

OPARCIE METALOWE KRZESŁA OPERACYJNEGO JAKO ZBIORNIK ZGĘSZCZONEGO POWIETRZA WYJAŁOWIONEGO

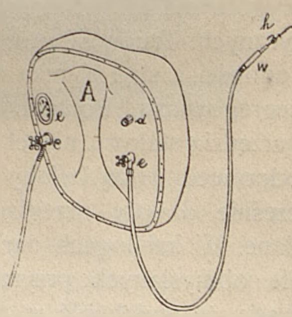
WEDŁUG PROF. DRA W. ŁEPKOWSKIEGO.

Sprawa dmuchadła, narzędzia tak powszechnie i często używanego przy wypełnianiu zębów, była niejednokrotnie w dziennikach stomatologicznych poruszaną i zawsze dawała powód do szerokich dyskusyi. Bezsprzecznie, zarzuty, jakie podnosimy przeciwko dmuchadłom balonikowym, dziś używanym, są słuszne, a dmuchadło jako instrument ciągle potrzebny musi być czyste, a więc nadające się do wszelkiego rodzaju sterylizacyi. Jeżeli wyjałowimy trestkę, nie jesteśmy w stanie wyjałowić balonika tak, że ideałem byłoby mieć cały szereg baloników, aby dla każdego pacyenta używać świeżego dmuchadla. Rzecz ta jest nieprzeprowadzalną. Dlatego też słusznie zupełnie na ostatnim zjeździe lekarzy i przyrodników Dr. Brenneisen wystąpił z dmuchadłem, zbudowanym na wzór rezerwoarów gazowych, skąd zawsze mógł czerpać świeże powietrze. W miastach, gdzie naprzykład jak w Paryżu istnieje

towarzystwo zgęszczonego powietrza (Societé anonyme de l'air comprimée) łatwo jest tak jak gaz przez rurę doprowadzić do oznaczonego miejsca i powietrze. Niestety, nie wszędzie można dysponować taką centralą, a rachując się z miejscowymi stosunkami możnaby tak na sposób aparatów ssących zaprowadzić w domach aparaty tłoczące powietrze, któreby, doprowadzone do pracowni, służyły dla nas jako dmuchadła, a dla metalurgii do lutowania lub też do poruszania małych motorów roboczych. Pokój ordynacyjny stomatologa musiałby mieć urządzenie takie już przy budowie domu założone. Jasną jest rzeczą, że natrafiłoby się na trudności łatwo zrozumiałe, a urządzenia tego rodzaju możnaby mieć w domach ad hoc budowanych. Rozmyślając nad rozwiązaniem tej kwestyi, przyszedłem do przekonania, że zmiana w tym kierunku jest konieczną i niezbędną i że używanie dotychczasowego balonika jest obrzydliwe, niehygieniczne i nielekarskie, a więc powinno być raz na zawsze z pokoju ordynacyjnego usunięte. Stołek operacyjny, mający jako oparcie dość obszerną poduszkę, może sam w sobie pomieścić dostateczną ilość powietrza, potrzebną do całego szeregu wydmuchań jamek próchnicowych.

To urządzenie zresztą proste, w użytku łatwe, wytłomaczy się samym opisem aparatu.

Metalowe oparcie krzesła A, wewnątrz puste, z przodu pokryte odpowiednią materyą, posiada wydęcia dla zwiększenia pojemności. Pojemność zbiornika = 9 litrów. Z tyłu jest umieszczony manometr *b*. Przy wtłaczaniu powietrza należy uważać, aby wskazówka nie przesunęła się za czerwoną kreskę. Do ochrony zbiornika służy wentyl *d*, który przy nadmiernem ciśnieniu pęka i w ten sposób uniemożliwia pęknięcie zbiornika. Dalej znajduje się wentyl wprowadzający *c* i wyprowadzający powietrze *e*. Podczas wtłaczania powietrza należy otworzyć wentyl *c*, a wentyl *e* zamknąć. Gdy barometr wykazuje dostateczne ciśnienie, zamykamy wentyl *c*. Gdy mamy użyć dmuchadła, otwieramy wentyl *e*, następnie otwieramy kurek *h* przy rączce *w*, wskutek czego ze zbiornika wypływa silnym prądem powietrze przez 5 minut.



Trestki, doprowadzające powietrze do jamy ust, można łatwo sterylizować dla każdego pacyenta. Aparat, powyżej opisany, wyrabia firma Ash & Sons' w Wiedniu, zastosować go można tak do nowych jak i starych foteli operacyjnych.

STERYLIZATOR NA ŚWIDERKI DO WIERTOWNICY

WEDŁUG PROF. DRA W. ŁEPKOWSKIEGO.

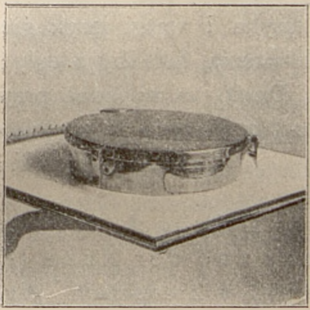
Wykonując jakąkolwiek operacyę chirurgiczną, przygotowujemy odpowiednie narzędzia i wyjaławiamy je przez wygotowanie lub trzymanie czas dłuższy w rozczynach antyseptyków do tego stosownych. Operacye stomatologiczne w zasadzie powinnyby tak samo się odbywać, jeśli chcemy zachować czystość, która jest niezbędnym warunkiem powodzenia każdego rękoczynu. Ilość i jakość narzędzi naszych i szybko po sobie następujące rękoczyny częstokroć na to nie pozwalają.

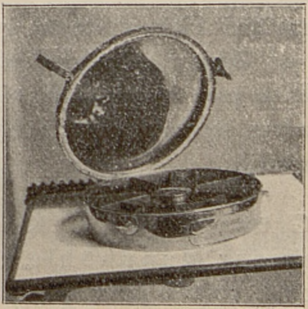
Stomatologia, która czerpie swoje urządzenia i wzoruje się w nich na chirurgii, dąży obecnie i słusznie, aby wyrzucić ze swoich pokojów ordynacyjnych to wszystko, co razi oko chirurga i robi wrażenie nie rękoczynu lekarskiego, ale dużo pozostawia do życzenia i ścislej musi być poddane krytyce. – Świderek wiertnicy, trzymadła do kamieni, tarczek do polerowania, igiełki do wyciągania nerwów i różne inne drobne narzędzia, złączone z wiertnicą, a tak szeroko używane w stomatologii muszą podlegać wyjałowieniu. To wszystko styka się z żywą tkanką i czy to przez rozmyślne czy przypadkowe jej zranienie dać może powód do zakażenia. Nie ulega tedy żadnej wątpliwości, że wszystkie te narzędzia powinny być przed rękoczynem wyjałowione i jako takie użyte. Wyjałowienie jest tu łatwe, bo każdą rzecz można wygotować lub osiągnąć to samo przez trzymanie w płynach antyseptycznych. Trudność polega na częstem używaniu narzędzi, na ich różnorodności, a stąd wynika niemożliwość oryentacyi bez odpowiedniego rozsegregowania. Ponadto liczyć się tu musimy z rdzą, która oczywiście narzędzia stalowe nawet w wysokostopniowym alkoholu nagabuje. Najodpowiedniejszą byłaby sterylizacya sucha w aparatach, któreby równocześnie dawały przegląd wszystkiego tego, co wyjałowieniu jest poddane. W katalogach narzędzi dentystycznych są całe szeregi dobrze lub źle obmyślanych przyrządów do tego celu, które jednak mają albo tę wadę, że wyjałowić w nich nie można lub też nie dają żadnego przeglądu zawartych w nich instrumentów. Najodpowiedniejsze jeszcze wydają mi się naczynia szklane ze wstawkami metalowemi, podziurawionemi, w których umieszczone są świderki w stałej kąpieli alkoholowej.

Alkohol nie w zupełności się nadaje, gdyż z powietrza zabiera wodę, skutkiem której szybkie rdzewienie narzędzi następuje. Utrzymywanie instrumentów pod przykryciem w rozczynie 5% kw. karb. w oliwie absolutnie nie jest sympatyczne ze względu na plamienie ubrań, rąk a wreszcie na niemożność utrzymania w suchości pola operacyjnego. Przed kilkunastu laty, kiedy wprowadziłem formalinę do konser-

watywnej dentystyki, równocześnie z tem podałem wyjaławiacze na szczotki, które poddawalem działaniu par formaldehydu. Aparaty te, które uzyskały patent austryacki, cieszą się dziś jeszcze powodzeniem i często używane są do wyjaławiania kateterów, oddawanych w ręce pacyenta.

Na tej samej zasadzie oparty jest sterylizator dla świderków i drobnych narzędzi stomatologicznych. Puszka metalowa o hermetycznem zamknięciu z odpowiednim przedziałem, z numerami, które korespondują z numerami na wieku umieszczonymi, daje przegląd i pomieszcza cały szereg świderków i drobnych narzędzi, które są pod ciągłą sterylizacyą suchych kamyków, wydzielających z siebie pary formalinowe. Doświadczenia bakteryologiczne, przeprowadzone przez Dr Bernacińskiego w zakładzie prof. Bujwida, wykazały zupełną pewność sterylizacyi i łatwość obsługi mniejszych aparatów. Kamyki formaldehydowe winny być co 2—3 tyg. zmieniane, a zmiana ta jest łatwa, gdy się je na nowo nasyci parą formaldehydu.





Szczelnie zamknięte naczynie, raz w raz przy robocie otwierane, wydziela z siebie zapach formaliny, jednak ten w tej ilości nie jest ani przykry ani dokuczliwy. Puszki tego rodzaju w praktyce wykazują, że po pewnem krótkiem przyzwyczajeniu jesteśmy w stanie bez trudności każdorazowo operować wyjałowionym świderkiem. W krótkim czasie zyskały one sobie prawo bytu w armamentaryum stomatologicznym i zanim dostały się w handel przez firmę C. Ash & Sons', zaprowadziła je klinika stomatologiczna peszteńska, krakowska i wiele zakładów stomatologicznych.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Zinsser, Prof. Dr. F. — Syphilis und syphilisähnliche Erkrankungen der Mundhöhle. (Kiła i zachorzenia jamy ustnej, podobne do kiły z 51 barwnemi i czarnemi rycinami. Nakładem Urban'a i Schwarzenberg'a. Berlin i Wiedeń 1912. Cena mk. 15).

Dzieło Zinssera, zawierające na 55 stronicach krótki i treściwy rys przebiegu kiły, jest cennym, mianowicie z powodu swych barwnych rycin, wiernie odtwarzających sprawy jamy ustnej, gardzieli i języka. Jest to najlepsza dotychczas istniejąca monografia zaburzeń z powodu kiły z objawami w jamie ustnej i doskonałe uzupełnienie przypadków, zebranych przez Mikulicza i Kümmel'a w ich atlasie. W krótkich opisach brał autor wzgląd na rozpoznanie różniczkowe i podkreślał znamienne objawy. Z 51 rycin, nalepionych na ciemnym kartonie, przyczyniającym się do uplastycznienia obrazu, dotyczy 31 kiły a 20 innych chorób jamy ustnej, jak wysypka salipirynowa, liszaj czerwony błony śluzowej lica, błonnica, zapalenie gardzieli Plaut-Vincenta, gruźlica, rak języka i warg, język gieograficzny itd. Zinsser uwzględnił właśnie te zachorzenia, któreby mogły wejść w rachubę przy rozpoznaniu różniczkowem. Dzieło to niejedną przysługę wyświadczy stomatologowi i będzie doskonałym doradcą w trudniejszych przypadkach. *Dr. Cieszyński.*

Grünwald Dr. L. Kurzgefasstes Lehrbuch der Krankheiten der Mundhöhle, des Rachens und der Nase. (Krótki podręcznik chorób jamy ustnej, gardzieli i nosa) w 2 częściach. Wydanie trzecie powiększone z 57 barwnemi tablicami, ze 104 makroskopowemi i 37 mikroskopowemi rycinami. Nakładem J. F. Lehmann'a, Monachium. Cena I. części podręcznika 8 mk; części II. (atlas) 10 mk.

Jak wszystkie wydawnictwa Lehmann'a, dzieło to odznacza się starannem i wykwintnem wydaniem; ryciny w nim są co do barw wierniejsze aniżeli w pierwszych wydaniach i dobre dają wyobrażenie o zmianach z powodu odnośnych chorób. Dla stomatologów ważne są pierwsze 24 tablice. 10 rycin dotyczy chorób jamy ustnej, 7 języka, 15 chorób migdałków i łuków podniebienia, 18 podniebienia i języka, 6 tylnej ściany gardzieli. Reszta tablic, t. j. od 25—38-ej, zainteresuje bardziej rinologów. Ryciny histologicznych preparatów (tabl. 39—57) dotyczą spraw nosa i gardzieli; ubolewać należy, że w równej mierze autor nie podał rycin dotyczących histologii zmian jamy ustnej i języka. — Podział dzieła na dwie części, tekst w I-szej części i atlas z opisami w II-giej, jest bardzo praktyczny, albowiem nabyć można atlas osobno. Tenże posiada dla praktyka

większą wartość aniżeli tekst, który to mniej lub więcej obszerny znajduje się i w innych podręcznikach, o danej kwestyi traktujących, a znajdujących się już w jego bibliotece. *Dr. Cieszyński.*

SPRAWOZDANIE Z 50 ZJAZDU »CENTRALNEGO ZWIĄZKU NIEMIECKICH LEK.-DENTYSTÓW W JENIE (OD 16—18 MAJA B. R.).

podał Dr. Antoni Cieszyński z Monachium.

Program naukowy 50. zjazdu »Centralnego Związku niemieckich lek.-dent.« był obfity. Wygłoszono 30 referatów, połączonych przeważnie z pokazami odlewów gipsowych, przeźroczy lub rycin za pomocą epidiaskopu.

Wygłoszono z dziedziny:

a) dentystyki rozpoznawczej referatów 2,
b) chirurgii stomatologicznej » 5,
c) dentystyki zachowawczej » 2,
d) techniki dentystycznej (problem stawu żuchwowego i artykulatora) referatów 9,
e) ortodoncyi referatów 5,
f) anatomii i antropologii referatów 2,
g) medycyny sądowej referat 1,
h) o stanie nauki dentystycznej w Austryi i Węgrzech referat 1,
i) z techniki przyrządów mikroskopowych referat 1,
k) o ulepszeniach przyrządów stosowanych w pracowniach dentystycznych referatów 2,

a) **O roentgenografii** mówił prof. Dieck z Berlina. Pokazał i objaśniał znaną już z jego atlasu seryę roentgenogramów powiększonych zwykłą metodą fotograficzną o 4 do 5 razy na kartonach, przeznaczonych na tablice pokazowe do wykładów w zakładach dentystycznych. Nowem było w przemówieniu Dieck'a jedynie spostrzeżenie dotyczące złamań zębów. Dieck zauważył bowiem, że ułamek szczytowy zęba złamanego urazem w okolicy wkołowierzchołkowej po pewnym czasie ($^1/_2$ roku do 4 lat) oddala się cokolwiek od większego silnie osadzonego fragmentu zęba tak, że tworzy się szpara na 1—2 mm. Ułamek ten wygląda, jak niewyjęty wierzchołek przy resekcyi korzenia. Szparę tłumaczy Dieck wzrostem szpiku kości, który ułamki zęba odsuwa.

Simon z Berlina przedstawił szereg roentgenogramów zdjętych metodą wśródustną, podkreślając ważność stosowania promieni Roentgena w ortodoncyi. Z ciekawszych przypadków utrwalonych na roent-

genogramach przytoczyć należy przypadek, w którym ząb ćwieczkowy został osadzony w korzeniu trepanowanym ukośnie (fausse route); pomimo, że ćwiek wystawał po stronie stycznej, nie spowodował objawów podmiotowych, jakkolwiek zmiany ozębnej okolicznej były widoczne.

b) Referenci **z dziedziny chirurgii** rozpatrywali kwestyę znieczulania (Seidel), resekcyi korzenia (Rosenstein), replantacyi (Neumann), leczenia ropni szczęki (Williger) i plastyki wędzidełka wargowego (Cieszyński).

Seidel — Monaster stwierdził, że piśmiennictwo dotyczące znieczulania jest bardzo obszerne; ubolewać należy jednak nad tem, że prace mianowicie ostatnich czasów przynoszą jedynie dawno już znane rzeczy; tak zwane zaś ulepszenia są najczęściej pogorszeniem metod dawniejszych, opierających się na zasadniczych badaniach Brauna Tak np. technika injekcyjna przerwanego przewodnictwa nerwu żuchwowego przez ukośne prowadzenie igły od strony kła strony przeciwnej poprzez mięsień skrzydlasty wewnętrzny, jest pogorszeniem metody podanej przez Brauna; należy się kierować krawędzią ramienia żuchwy i prowadzić igłą pod kontrolą dotyku. Seidel poleca igły platynowe średnie i grubsze. Utrudnienie połykania spowodowane injekcyą tłumaczy nieprawidłową techniką, przepojeniem płynem injekcyjnym mięśnia skrzydlastego i mięśni gardłowych, zamiast tkanki luźnej łącznej w okolicach nerwu żuchwowego. Cieszyński kieruje się ściśle według przepisów Brauna, używa jednak do znieczulenia żuchwowego strzykawki bagnetowej i igieł dłuższych łamiących się tylko przy osadzie. Ponieważ igłę dostatecznie długą wsuwa się tylko tak daleko że na $^1/_2$—$^3/_4$ cm. pozostaje widoczną, w razie przypadku złamania igły, widać koniec jej jeszcze z jamy ustnej i łatwo ją usunąć można. Sposób ten polecany już w r. 1907 daje doskonałe wyniki.

Rosenstein — Wrocław nie podał nic oryginalnego. Opisał przebieg rękoczynu resekcyi korzenia metodą swego szefa Partscha. Podkreślił, 1.) że korzeń winien być plombowany przed resekcyą, 2.) że do odcięcia należy się posługiwać wiertakami szczelinowemi, a nie dłutem, 3.) że po gruntownem usunięciu ziarniny należy wyjałowić ubytek parą jodową (nalewka jodowa przechodzi za pomocą rozpylacza przez drucik rozżarzony — przyrząd Jungengel'a), 4.) że ranę zaszyć należy, a rana kostna zagoi się przez zorganizowanie kości, która zapełni ubytek.

W dyskusyi przemawiał Cohn za tem, ażeby w przypadkach, przy których nie wykonano poprzednio zdjęcia roentgenowskiego, plombowanie korzeni wykonane zostało dopiero po uniesieniu płatka śluzówki i uwidocznieniu okolicy wkołowierzchołkowej, jednakowoż przed resekcyą.

Inni mowcy wskazywali na konieczność uprzedniej roentgenografii, by dokładnie módz się zoryentować w stanie anatomicznym danego zęba i zmianach chorobowych.

Prof. Walkhoff akcentował, że i drogą przestrzykiwań płynów żrących przez czas dłuższy (ewentualnie nawet $1^1/_2$ roku!) dojść można bez resekcyi do celu.

Z małym wyjątkiem wypowiedziano się w odpowiednich przypadkach za rękoczynem jako najpewniejszym i najprędszym sposobem wyleczenia zaburzeń wkołowierzchołkowych.

Neumann — Berlin pokazał kilkanaście roentgenogramów wykonanych replantacyi zębów. O sposobie replantacyi nie mówił wcale. Z roentgenogramów widzieć było można, że zaopatruje on korzeń od strony uciętych wierzchołków ortęciem (amalgamatem).

Sprawozdawca nie uznaje postępowania tego za dostateczne; nie można bowiem tą drogą całkowicie miazgi usunąć, a mianowicie korony miazgi.

Neumann wskazał na proces wchłaniania zębów replantowanych i przerosty nową istotą gąbczastą. W dyskusyi zwrócono uwagę na dodatnie wyniki, które można uzyskać plombując korżenie zębów replantowanych ćwieczkami ze słoniowej kości (Schroedera), które również, jak i ząb przez kość okoliczną wchłonięte być mogą. Cieszyński zwrócił uwagę na implantacyę zębów o złotych korzeniach metodą prof. Łepkowskiego mającą zastąpić replantacyę.

Prof. Williger rozpatruje w bardzo treściwym referacie otoki szczękowe i metody ich leczenia. Stosunek ropniaków szczękowych pochodzenia zębowego ocenia na 40%, nosowego zaś na 60%. O ile ropniak pochodzenia zębowego — (stwierdzić należy prądem przerywanym żywotność miazgi) winien bezwarunkowo ząb być usuniętym. W danym wypadku można otworzyć zatokę szczękową, trepanując zębodół. Zatykadła zasadniczo używać nie należy, albowiem drażnią tkankę okoliczną i przedłużają proces wygojenia. O ile w kilkunastu dniach nie dochodzi się do wyleczenia, należy ropniak radykalnie operować metodą Caldwell-Luc'a. Otwiera się okolicę zagłębienia ponadkłowego unosząc płatek śluzówki, a przez wycięte okienko usuwa się całą śluzówkę wykazującą zmiany patologiczne i wybujałości polipowe; potem tworzy się okienko do dolnej części średniej jamy nosa odpreparowawszy z niej płatek śluzówki, którą się potem wyściela ogołoconą ze śluzówki zatokę szczękową; z niej rozrasta się śluzówka nowa zdrowa pokrywając ściany jamy szczękowej. Na

tem samem posiedzeniu zaszywa się połączenie utworzone z jamą ustną. W razie przypadkowego otwarcia jamy szczękowej podczas wyjęcia zęba, należy zaniechać sondowań i przestrzykiwań i zadowolić się prostem przedmuchaniem powietrza z ust do nosa.

Z operacyi dotyczących części miękkich twarzy przedstawił Cieszyński swoją metodę plastyki wędzidełka wargowego, mającą nietylko wartość kosmetyczną, ale mogącą — o ile w latach dziecięcych stosowana — także przeciwdziałać tworzeniu się prognatyi (obszerniejszy referat w streszczeniu z Tygodn. lekarskiego Nr. 7 i 8 r. b.).

c) Z dziedziny **dentystyki zachowawczej** wygłoszony jeden referat dotyczył spostrzeżeń nad plombami krzemowemi.

Abraham — Berlin daje krótki zarys historyczny dotychczasowych cementów. Najważniejsze z nich są dziś jeszcze używane cementy cynko-fosforanowe; w cementach tak zwanych krzemowych zastąpiono cynk-glinem. Na tym polega główna różnica; przysługiwałaby cementom krzemowym słuszniej nazwa cementów glino-fosforanowych. Odumieranie miazgi pod cementami krzemowemi sprowadza Abraham nie na oddziaływanie ewentualnych domieszek arszeniku, tylko przypuszcza, że składniki proszku cementowego niedostatecznie skrystalizowane rozpuszczają się w płynach ustnych. Proszek bowiem zawierać może części stopione i nie stopione; płyn ustny rozpuszcza składniki nie stopione i prawdopodobnie uwalnia krzemian sodowy, posiadający właściwość żrącą. Krystalizacya w plombach krzemowych kończy się dopiero po 24 godzinach; należy więc plombę zaopatrzyć przed dojściem śliny pokrywając ją woskiem lub lakiem. Abraham jest wynalazcą plomby krzemowej »Translucit«.

d) **Technika dentystyczna.** Wnioskując z listy zgłoszonych referatów przypuszczać należy, że umysły badaczy w dziedzinie dentystyki zajmuje na pierwszem miejscu rozwiązanie problemu stawu żuchwowego w anatomicznym zgryzadle (artykulatorze), umożliwiającym ustawienie zębów w całkowitych dostawkach według warunków anatomicznych danego osobnika. Opierając się na zasadniczych badaniach Gysi'ego, skonstruował Eltner zgryzadło nowe (referat kol. Knoche'go z Goty). Główny nacisk położył Eltner na to, by dać pacyentowi możność odgryzania i twardszych potraw przy całkowitych dostawkach bez przechylenia lub wyważenia się tychże z łożyska utworzonego z wyrostków zębodołowych. Uzyskał to przez założenie w dostawkach górnej i dolnej w okolicy 2 i 3 trzonowca płaszczyzn ukośnych pod kątem, określonym przez pra-

widłowo ustawione odlewy w zgryzadle jego pomysłu. Ruchy stawu rejestruje się za pomocą łuku złączonego z wyciskiem dolnym, i według uzyskanych danych nastawia się staw w zgryzadle. Prof. Pfaff, który doświadczył zgryzadła Eltnera w swoim zakładzie, wyraża się o dostawkach wykonanych jego metodą bardzo pochlebnie. Rumpel — Berlin, który wykonuje dostawki na zgryzadle Gysi'ego próbował także przyrządu Eltnera,— ale z ujemnym wynikiem. Zdaniem jego najidealniejszem jest ze względów teoretycznych zgryzadło Vigo Andresen'a z Kopenhagi, który na zjeździe sposób swój zaraz w obszernym referacie uzasadnił.

Andresen zwrócił szczególnie uwagę na istniejącą jeszcze w stawie możność cofania się żuchwy wstecz o kilka milimetrów, który to ruch w dotychczasowych zgryzadłach nie został należycie uwzględniony. Zgryzadłu Gysi'ego zarzuca Andresen, że nie uwzględnia odstępów kłykci żuchwowych. Jakkolwiek tablice, wykazujące graficznie przesuwanie stawu, były bardzo przekonywujące, a mechanizm przeniesienie tychże w zgryzadło bez zarzutu, nie można jeszcze wypowiedzieć zdania co do praktycznych wyników. Zgryzadło Andresena nie ukazało się jeszcze w składach i nikt nie mógł się co do niego wypowiedzieć.

Które z poleconych zgryzadeł w chwili obecnej jest najdoskonalsze, wykazać może tylko systematyczne przeprowadzenie szeregu porównawczych doświadczeń na chorych inteligentnych, których zdanie zużyć będzie można do rozpatrywań krytycznych. Zajęcie się tym problemem i próby jego rozwiązania świadczą najwymowniej jak konieczne są stomatologom gruntowne wiadomości z techniki dentystycznej, której to niestety w zakładach austro-węgierskich stosunkowo tak mało poświęca się czasu.

Scholz z Karlsruy pokazał bardzo praktyczne zgryzadło »Liliput« do robót mostkowych i koron, dozwalające przesuwanie się szeregu zębów w górę i dół, w bok i naprzód. Za pomocą jednej śruby ustala się obroty (wyrabiać będzie zgryzadło Scholz'a firma Bieber-Pforzheim). Jakkolwiek zgryzadło to nie uwzględnia ściśle warunków »anatomicznych«, wystarcza w zupełności do robót częściowych, za jakie korony i mostki uważać należy.

Schmidt (Oldesloe) skonstruował ząb porcelanowy, mogący być łatwo zastąpiony przez nowy; nadaje się on głównie do robót mostkowych lanych i zębów ćwieczkowych. Zamiast zwykłych zaczepek (kramponów), posiada ząb ów wdrążone łożysko platynowe, za pomocą którego nasuwa się go na szynę odpowiedniego kształtu. Przypomina on zęby nasuwalne Steel'a. Wytrwałość zęba Schmidta wynosi 40—60 funtów. Zęby Schmidta wyrabiać będzie fabryka zębów Kügemann'a w Norymberdze.

W drugim referacie przemawiał gorąco Schmidt za »popularnemi mostkami i koronami«, ażeby je uprzystępnić uboższym sferom, a ograniczyć tym samym dostawki kauczukowe. Drogą do tego: używanie materyału tańszego aniżeli złota. Poleca on materyał, który można równie łatwo lać jak cynę, podobny do znanej nam ortęci (amalgamatu). Roboty w ten sposób wykonywane zaledwie raz jeszcze tyle zajmują czasu, co roboty kauczukowe. Wprawdzie nie mogą się równać co do trwałości i wyglądu po dłuższem noszeniu — albowiem podlegają utlenieniu — pracom wykonywanym w złocie, funkcyę mostków jednakowoż sprawują doskonale. Zamiast koron o zgryzach również z materyału nieszlachetnego, polecanego przez referenta, zalecali mówcy w dyskusyi posługiwanie się wyłącznie całkowitemi koronami złotemi, które w danych przypadkach można łączyć z resztą konstrukcyi wykonanej w materyale nieszlachetnym.

Lewin z Lipska pokazał kilka odmian w budowie mostków. Przy trzonowcach pochylonych ku stronie języka należy zgryz rozszerzyć ku stronie licowej, by górne zęby otrzymać mogły płaszczyzny zgryzowe. W niektórych przypadkach można nakładać mostki na pieńki o nie zupełnie równoległych ścianach bez dalszego oszlifowania tychże; polega to na tem, że mostek podczas zakładania nie wkłada się prostopadle, tylko że zakładamy najpierw jedną część jego składniczą: koronę i nadajemy jej ruch obrotowy. Czy w danym przypadku sposób ten zastosować można, należy się przed wykończeniem całego systemu mostkowego przekonać, spajając korony prowizorycznie drutem.

Adela Hoffmann (Speyer) objaśniła nowy przyrząd własnego pomysłu do lania złota. Proces lania nie odbywa się za pomocą dodatniego tylko ujemnego ciśnienia powietrza. Uzyskuje się to przez połączenie przyrządu z wodociągiem, którego prąd wytwarza próżnię w zbiorniku znajdującym się pod formą do lania. Zalety tego przyrządu: Przyrząd nastawiony wygrzewa formę automatycznie, szybko i intenzywnie. Ażeby stop spłynął do formy, potrzebne tylko otwarcie kurka do zbiornika. W dyskusyi zwraca Rumpel uwagę na to, że w Ameryce także leją za pomocą ciśnienia ujemnego podobnie skonstruowanemi przyrządami.

e) Szereg ciekawych przypadków z zakresu **ortodoncyi** pokazywał Hinrichsen, Zielinsky (Berlin), Herbst Emil (Bremena) i Pfaff (Lipsk).

Zielinsky uważa pewne formy progenii za pochodzenia ustrojowego (»constitutionelle Progenie«) i chce je wyodrębnić z dotychczasowego rejestrowania pod rubryką progenji patologicznych (Sternfelda).

W dyskusyi nad progenią wspomniał Hauptmayer o dotychczas nie ogłoszonych jeszcze swoich badaniach, według których podczas regulacyi

zębów następuje zmiana w ramieniu żuchwy. Przy zmianie z formy progenii na zgryz zwykły, kąt żuchwy pierwotnie tępy zbliża się powoli do prostego, ramię wązkie rozszerza się a wyrostek skroniowy wydłuża się pod działaniem mięśnia skroniowego. Zielińsky zwrócił uwagę na to, że mimo uzyskania prawidłowo ustawionych zębów rezultaty nie zawsze zadawalają pod względem kosmetycznym, mianowicie, że szczęki nieraz zbyt naprzód występują, albo że górna warga zbyt krótka, zęby górne pozostawia widoczne. W pierwszym przypadku należy sobie dopomódz systematycznym wyjęciem dwuguzkowców albo trzonowców, w drugim należy sporządzić miękki czepiec z bandaży wywierający nacisk na górną wargę a tym samym ściągający ją na dół.

Herbst Emil pokazał kilka ulepszeń przy przyrządach regulacyjnych. Dotyczyły mianowicie przyrządów do rozszerzenia podniebienia i przyrządów retencyjnych. Bardzo praktyczną wydaje się być rentensya za pomocą zawiasowo działającego przyrządu, który wcementowuje się międzyszczękowo. Dalej pokazał przypadek poprawy zgryzu głębokiego przez nasadzenie mostków, przy których płytka zgryzowa dolna była łukowo wklęsła, górna zaś analogicznie wypukła. W ten sposób chce przeciwdziałać dalszemu postępowaniu tejże nieprawidłowości a przez podwyższony zgryz wysunąć brodę bardziej naprzód i nadać twarzy wyraz bardziej męzki.

Prof. Pfaff pokazuje odlewy szeregu przypadków o bardzo silnych formach prognatyi i progenii. Referent uzyskuje bardzo korzystne wyniki za pomocą odcinania koron zębów i nasadzania na korzenie zębów ćwieczkowych o osiach pod kątem stojących (cf. Cieszyński), dalej za pomocą podwyższenia zgryzu i kombinowania metod regulacyjnych z pracami mostkowemi.

O ciekawym przypadku referował Herbst. Ułatwił on mianowicie mowę jąkającemu się przez wypełnienie w przedniej części bardzo wysokiego podniebienia przyrządem rodzaju zatykadła przyczepionym na dwuguzkowcach. Ponieważ w tymże przypadku niemałą rolę odegrał wpływ sugestyi, przyrządowi wspomnianemu należy przypisać rolę pomocniczą (uwaga sprawozdawcy).

f) Prof. Hesse mówił o zębiaku (Odontoma) wielkości śliwki i objaśniał cięcia mikroskopowe. Dalej pokazywał szereg przypadków braku zębów, zatrzymania i spóźnionego wyrzynania się ich, pozostania zębów mlecznych bądź to na odlewach gipsowych, bądź też na roentgenogramach. Na tablicy zestawionej przez Hesse'go

podpadała stosunkowo wielka ilość braku kłów górnych (11 przyp.); liczba ta w porównaniu braku zębów innych (np. dwuguzkowców) była tak wielką że nie można było oprzeć się wrażeniu, że przypadki nie były wszystkie roentgenografowane, gdyż w wspomnianych przypadkach brak kła górnego nieraz by się okazał jako ząb retynowany. (Uwaga sprawozdawcy).

Adloff — Gryfia polemizował z teoryą Bütschli'ego że dwuguzkowiec drugi zanika a trzonowiec 2. mleczny nie może w rozwoju rodzajowym odpowiadać 1. stałemu trzonowcowi.

g) **Medycyna sądowa.** Pewną wartość dla medycyny sądowej posiadać może rekonstrukcya fizyognomii za pomocą czaszki. Prof. Eggeling (Jena) pokazywał kilka prób wykonanych. Kwestya ta stała się aktualną z powodu znalezienia rzekomej czaszki Schillera. Próby dały wyniki wcale zadawalniające. Metoda polega na tym, że na danej czaszce nasadza się w pewnych miejscach słupki gipsowe o wysokości przeciętnej grubości części miękkich. Potem modeluje artysta fizyognomię kierując się wysokością danych słupków. Najniedokładniejszą okazuje się ta metoda przy oznaczaniu czubka nosa, oka i uszów.

h) Prof. Fischer (Marburg) referował o wrażeniach swoich podczas objazdu zakładów austryacko-węgierskich. Zwiedził Wiedeń, Budapeszt, Insbruk. Dodał uwagi co do studyum dentystycznego czyli specyalizacyi w stomatologii i przytoczył zdanie Arkövy'ego i Scheffa, którzy uważają egzamin specyalny w stomatologii za konieczny by zapobiedz niedostatecznemu wykształceniu w specyalizacyi przed wejściem w życie praktyczne. — Jakkolwiek w nowym a świetnie urządzonym zakładzie w Budapeszcie przeznaczono wiele miejsca na pracownie techniczne, stoją one próżne, albowiem nie istnieje dostateczne zrozumienie u kolegów austro-węgierskich poświęcających się stomatologii, co do ważności gruntownej znajomości techniki. — Dołączenie stacyi stałej z kilkoma łóżkami dla chorych uważa Fischer za praktyczne. Uwagi swe streszcza Fischer w zdaniu, że lekarze-dentyści wykształceni w zakładach dentystycznych niemieckich za mało są lekarzami; stomatolodzy austro węgierscy zaś za mało lekarzami-dentystami. Do sanacyi stosunków w Niemczech przyczyni się, bezwarunkowo nowy rozkład studyów i egzamin przedkliniczny (w rodzaju lekarskiego fizykum) przed niedawnym czasem w Niemczech zaprowadzony.

i) Z najnowszemi postępami **techniki mikroskopowej** zapoznał uczestników zjazdu Siedentopf, inżynier fabryki mikroskopów Zeiss'a pokazując kinematografię mikroskopową za pomocą przyrządów

jego pomysłu. Pokazał między innemi proces krystalizacyi, ruchy drobnoustroi: lasecznika duru, krętka jamy ustnej i duru powrotnego, widzianych na ściemnionem polu. Doskonałe obrazy rzucane na ekran świadczyły o nadzwyczajnych postępach techniki.

k) **Ulepszenia** dotyczące dmuchadła i oświetlenia pokazywali Rumpel (Berlin) i Koch (Lipsk). Rumpel podał sposób wprowadzania powietrza zgęszczonego i rozczynianego do pracowni. Powietrze to można ogrzewać prądem elektrycznym, nastawiając według potrzeby wskazówkę na temperaturę dowolną. Przyrząd ten zapewne cokolwiek kosztowny wyrabiać będzie firma: Lautenschläger.

Lampa łukowa »Evon« rzuca nadzwyczaj intenzywne światło i może być także używaną do bielenia zębów.

Dyskusye były bardzo ożywione i świadczyły o wielkiem zainteresowaniu kwestyami, poruszonemi w referatach. W dniu ostatnim, niestety dyskusye musiały doznać ukrócenia, częściowo nawet zupełnie odpaść, ażeby referenci wykłady swe wygłosić mogli. Uczestników Zjazdu było około 170.

PIŚMIENNICTWO BIEŻĄCE.

Dr. Antoni Cieszyński. »O plastyce wędzidełka wargowego górnego«. (»Tygodnik lekarski« Nr. 7 i 8 1912 i »Deutsche Monatschrift F. Zahnheilkunde« Nr. 7, 1912. — Streszczenie własne).

Z powodu zbyt silnego ściągania się mięśni wargowych górnych unosi się warga często przy wysokim przedsionku ust a długiem i wiotkiem wędzidełku tak silnie ku górze, że dziąsła ponad szyjkami zębów na 1—1 1/2 cm. stają się widoczne. Mianowicie przy przekrwionem dziąśle i często w tych przypadkach napotykanym rozstoju zębów, szuflowato występujących, powoduje to bardzo brzydki wygląd twarzy. Jeżeli istnieją nieprawidłowości w ustawieniu zębów, należy je nasamprzód usunąć zabiegiem ortodontycznym (przyrządem regulującym u młodych osobników lub nasadzeniem zębów ćwieczkowych pod kątem o skrzywionych osiach u starszych). Zbyt silne ściąganie się mięśni wargowych usuwa autor za pomocą plastyki.

Prowadzenie cięcia widoczne z *ryc.* 7 w Tygod. lek. Odpreparowuje się przyczepy mięśni wargowych (m. zniżającego przegrodę nosową i mięśnia siecznego) mobilizując w ten sposób górną wargę. Sposób przeszycia wargi widoczny również z ryciny.

Tą drogą tworzy się zamiast dawnego, wiotkiego wędzidełka nowe, zawierające także włókna mięśniowe (z m. okrężnego), przyczepy pewnych mięśni zniżającego przegrodę nosową i siecznego osadza się niżej a działanie mięśnia czworobocznego wargi górnej zostaje przez kuśrodkowe przeszycie tegoż częściowo wyeliminowane.

Autor podaje dwie modyfikacye powyższej typowej operacyi.

Rozszerza się skrawek równoległoboczny, mający być wyciętym a zawierający także dawniejsze wędzidełko, po obu stronach w formie cięcia półeliptycznego, przyczem wycina się

a) tylko *przylegającą* do wyrostka zębodołowego śluzówkę (modyfikacya 2);

b) także i najbliżej zakładki śluzowej leżące włókna zwieracza n. p. przy krótkiej wardze (modyfikacya 1).

W obu wypadkach obniża się przedsionek jamy ustnej.

Trzy przez autora operowane przypadki dały dodatnie wyniki.

Wynik modyfikacyi 2-ej skombinowany z poprawieniem ustawienia zębów (zmiana kierunku osi przez ćwiekowe o ćwiekach ustawionych pod kątem) przedstawia autor na tablicy z 6 rycinami przed operacyą i po operacyi.

Dr. Ludwik Hradský. *Wpływ ząbkowania na ustrój.* (Ö.-U. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde III. 1912).

Dotychczas zapatrywania na tę kwestyę są sprzeczne. Jedni widzą związek między ząbkowaniem a zaburzeniami ustroju, drudzy zaprzeczają temu, opierając się głównie 1) na długoletniem doświadczeniu, 2) na negatywnej statystyce i 3) na twierdzeniu, że ząbkowanie jest fizyologiczną funkcyą ustroju, a więc nie może wywołać zaburzeń. Z takiem postawieniem kwestyi nie można się zgodzić, bo 1) jeden pozytywny przypadek obala negatywną statystykę, opartą nawet na 10.000 przypadkach, 2) wiemy, że i ciąża jest fizyologiczną funkcyą ustroju, a mimo to może wywołać zaburzenia, kończące się nawet śmiercią. Zdaniem autora, jeśli uwzględnimy, że jama ustna pozostaje w związku z narządem oddechowym, a narząd żucia z narządem trawiennym, a zęby z nerwami, naczyniami krwionośnemi i limfatycznemi, to trudno przypuszczać, żeby one na te organa miejscowo i ogólnie nie wpływały. Na poparcie tego twierdzenia przytacza autor kilka bardzo ciekawych przypadków z własnej praktyki ciężkich zaburzeń w okresie przebijania się zębów mą-

drości. Zaburzenia te ustały w tejsamej chwili, kiedy wymienione zęby, czy to same, czy to w następstwie operacyi się nareszcie przebiły.

Dr. Friediker.

Dr. Julian Zilz, Karlsburg. O rozpoznawaniu i leczeniu złamań korzeni zębowych. (Ö.-U. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde III. 1912).

Dyskusya o momentach rozpoznawczych dla złamań korzeni zębowych została ukończona z chwilą wprowadzenia promieni Roentgena w dentystykę. Na podstawie obrazów, tą drogą otrzymanych, nie tylko rozpoznanie staje się pewne i łatwe, ale jednocześnie widzi się wskazania do jakości leczenia, mianowicie czy i jaki zabieg chirurgiczny wykonać, czy też leczyć konserwatywnie. Autor podaje 8 bardzo interesujących przypadków złamań korzeni z własnej praktyki. We wszystkich przypadkach były robione radiogramy, a leczenie przystosowywane do wskazań, jakie z obrazów wynikały. Rezultaty tak otrzymane, były świetne. *Dr. Friediker.*

Dr. J. Peter, Wiedeń. »O elektrosterilizacyi«. (Ö. U. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde II. 1912).

Metoda ta opiera się na zasadzie, że prąd galwaniczny wytwarza około bieguna dodatniego pole jałowe, skutkiem wytwarzania chloru. Silniejsze jest działanie, jeżeli jako elektrolitu używa się soli kuchennej. W korzeniach z gangreną rozpadłe części miazgi dostarczają również atomów chloru. Jako biegun dodatni służy igiełka platynowa, albo z platin-iridium, którą się wprowadza do kanału. Zierler poleca stosowanie 3 miliamperów natężenia przez 10 minut, Hoftendahl radzi 2 posiedzenia, na każdem po 0·5 miliamperów przez 5 minut. Autor stosował się ściśle według wskazówek Zierlera w jego publikacyi i ma teraz 94 przypadków, leczonych w latach 1904—1910 pod ciągłą obserwacyą. Z tych 94 zębów, 65 nosi korony i mostki, 89 jest utrzymanych do dziś, z 5 brakujących 4 zostały wyjęte z powodu daleko posuniętego ropotoku, 1 z powodu często się powtarzającego zapalenia okostnej, co miało także już miejsce przed leczeniem. Wyniki więc świetne, i przytem ta zaleta, że całe leczenie przeprowadza się na 1 posiedzeniu, i bez bólu. Metoda ta jednak wymaga bardzo wielkiej dokładności i dlatego radzi autor trzymać się ściśle wskazówek Zierlera.

Dr. Friediker.

Dr. Otto Bertal, Wiedeń. »Ochrona części miękkich«. (Ö. U. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde II. 1912)

Wypełnianie zębów karyetycznych w wypadkach makroglossyi lub makroplazyi policzków czasami staje się niemożliwe, zwłaszcza, jeśli otwór

zęba znajduje się w okolicy jego szyjki, co właśnie w tych wypadkach z powodu utrudnionego przepłukiwania i czyszczenia zębów, najczęściej ma miejsce. W takich wypadkach radzi autor nie kusić się o przygotowanie otworu i wypełnienie go, lecz nakryć ząb koroną, co jest tem racyonalniejsze, iż należy z góry przypuszczać, że jeśli karyes raz się tam wytworzyła, ona dalej wytwarzać się będzie, ponieważ warunki i przyczyny wywołujące je się nie zmieniły. Tego się unika przez nasadzenie korony. Lecz i tu wyłania się druga trudność, t. j przyszlifowanie zęba. Wszystkie bowiem przyrządy, służące do tego celu, jak krążki kamienne, metalowe, papierowe i t. p. kaleczą poważnie język i policzek, a przytrzymanie ich palcami lub instrumentami jest niemożliwe, a zabiera tylko dużo miejsca i zasłania widok Przyrządy ochronne, podane dotychczas, nie odpowiadały całkiem celowi; jedne były zanadto nieforemne i czasami więcej przeszkadzały, niż pomagały, innych stosowanie były zanadto zawikłane, inne znowu nie pozwalały na zmianę pozycyi, lub miały tak zawikłaną budowę, że czyszczenie ich było niemożliwe, inne wreszcie były za miękkie i poddawały się naciskowi części miękkich. Autor sporządził instrument, który wszystkim tym warunkom czyni zadość i doskonale chroni części miękkie. (Zobacz rycinę i opis dokładny w artykule oryginalnym).

Dr. Friediker.

Doc. Dr. E. H. Urbantschitsch. »Bromural i Hyperol i ich zastosowanie w praktyce stomatologicznej«. (Ö. U. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde II. 1912).

Bromural jest wybitnym środkiem uśmierzającym i usypiającym. Jego zalety są: 1) brak działań ubocznych narkotycznych, 2) nie działa na prawidłowy obieg krwi, 3) nie wywołuje zaburzeń żołądka, 4) nie działa kumulatywnie, 5) nie ma przyzwyczajenia, 6) jest zupełnie nieszkodliwy. W dawkach 0·6 (2 tabletki) wywołuje 4—5 godzinny sen podobny do naturalnego. Gdyby chory się zawcześnie obudził, powinien zażyć drugą dawkę. Jednorazowe zażycie większej dawki nie wywołuje dłuższego snu. Jako środek uśmierzający po 0·3 (1 tabletka) trzy razy dziennie. Tabletki przed zażyciem należy rozpuścić w wodzie, herbacie lub t. p. Autor stosuje chętnie przy zapaleniach okostnej i przy bólach po wyjęciu zęba. Wyniki bardzo dobre.

Hyperol jest wodą utlenioną w stanie stałym, i zawiera przeszło 35% H_2O_2 i nadaje się skutkiem tej wysokiej zawartości H_2O_2 do leczenia stomatitis, Aphte, wrzodów a przedewszystkiem gangreny miazgi. Autor otworzywszy komorę miazgi wchodzi ostrożnie do kanału igiełką Donaldsona, zanurzoną poprzednio w proszku Hyperolu. W tej samej chwili widać silne pienienie się od uwolnionego tlenu. Autor uważa ten sposób

postępowania za lepszy, niż n. p. wprowadzanie do kanału igiełki Müllera, owiniętej watą, zwilżoną wodą utlenioną, gdyż ta przy wązkim kanale zapycha zupełnie kanał i nie pozwala ujść na zewnątrz wytworzonej pianie, co się nie może zdarzyć, jeżeli wchodzimy do kanału igłą Donaldsona. Autor zauważył także, że Hyperol wsypany do rany po wyjęciu zęba, przyspiesza wytworzenie się skrzepu, działa wiec haemostatycznie, i że te rany znacznie szybciej i ładniej się goją. *Dr. Friediker.*

Prof. Dr. Juliusz Scheff. »Przyczynek do metody amputacyi miazgi«. (Ö. U. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde II. 1912).

Metoda, polegająca na amputacyi miazgi koronowej z pozostawieniem miazgi korzeniowej, nie może wyrugować metody usuwania całej miazgi i zająć jej miejsce, a to głównie dlatego, że ona opiera się na mumifikowaniu pozostawionej części miazgi środkami chemicznymi a my właśnie nie posiadamy środka takiego, co do którego mielibyśmy absolutną pewność, iż miazga poddana jego działaniu nie stanie się punktem wyjścia dalszych schorzeń. Dowodem tego najlepszym jest fakt następujący: Każdy lekarz dentysta od czasu do czasu musi z konieczności posługiwać się metodą amputacyi, mianowicie w górnych zębach trzonowych, w których jużto wązkość, jużto nieregularny przebieg kanałów policzkowych nie pozwala na usunięcie całej miazgi. Posługujnmy się wtedy tymi samymi środkami, co zwolennicy metody amputacyi i nierzadko widzimy wytwarzające się w następstwie mniejsze lub większe zapalenie okostnej, prowadzące czasem do utraty zęba. Jeżeli więc z pewną niechęcią i obawą stosujemy metodę amputacyi, tam gdzie nas konieczność do tego zmusza, to byłoby lekkomyślnością stosować ją tam, gdzie wygodnie możemy usunąć całą miazgę. Że metoda ta nie posiada cech żywotnych świadczy fakt, że wprowadzona do nauki przez Witzla w r. 1879 poszła w zapomnienie i potrzeba było silnej reklamy, by ją znowu do życia przywołać. Nic też dziwnego, że mimo reklamy i pochwał, metoda ta nie przeszła do wszystkich lekarzy, że dotychczas ciągle jeszcze wykonywa się zupełną usunięcie miazgi nawet w siekaczach, jakkolwiek ona jest kłopotliwsza i więcej czasu zabiera niż amputacya i że dotychczas nikt ze zwolenników metody amputacyi mimo swoich zachęcających wyników nie znalazł odwagi wręcz oświadczyć, że zęby ze schorzałą miazgą tylko w ten a w żaden inny sposób nie powinny być leczone i ratowane. *Dr. Friediker.*

Dr. Hermann Kneschaurek, Graz. »Nowy ustęp röntgenotechniki w odontologii (Ö. U. Vierteljahrsschrift für Zahnheikunde II. 1912).

Müller-Dieck żądali od materyału, służącego do wypełnienia kanałów 1) by nie ulegał gniciu, 2) by stale działał bekteryobójczo, 3) by łatwo

się dał wprowadzić, 4) by nie drażnił okostnej i tkanki otaczającej, 5) by nie zabarwiał zęba, 6) by nie był porowaty, 7) by łatwo się dawał usunąć. Autor stawia obecnie żądanie 8) by dał się wykazac przy pomocy radiografii. Jest to ważne, bo z jednej strony mogę kontrolować, o ile kanał aż do ujścia został wypełniony, z drugiej strony daje mi wskazówki oryentacyjne przy ewentualnyeh operacyach nad końcem korzenia. Dotychczas stosowane ciała nie odpowiadają warunkowi 8). Autor podaje nowe ciało, mianowicie pręciki parafinowe, zawierające antyseptyczny bismutum subnitricum. (Wismut. Paraffin-Spitzen, wyrabiane przez aptekarza v. Hohenbalken). Pręciki te dają się w kanale radiograficznie doskonale wykazać, a oprócz tego bismut się układa na ścianach kanału w chwili, kiedy parafina się topi, i działa stale antyseptycznie. *Dr. Friediker.*

Dr. Neumann Kneucker. »Anaesthesia mandibularis za pomocą Chloretylu«. (Ö. U. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde Nr. 1. 1912).

Autor wykonywa znieczulenie mandibularne chloretylem w ten sposób, że nakrapia chloretylem trigonum retromolare, odpowiadające foramen mandibulare aż do zlodowacenia i jeszcze przez następnych 20 sekund uzyskuje doskonałe znieczulenie całej szczęki do drobnych zabiegów, jak wyjęcie zęba, nacięcie ropnia i t. p Ponieważ znieczulenie to jest krótkotrwałe, radzi przedtem przygotować sobie przyrządy do operacyi a potem znieczulać. Dobrze jest okolicę, mającą być nakrapianą, naprzód wysuszyć. bo wtedy zlodowacenie chloretylu szybciej następuje. Opisanego znieczulenia mandibularnego nie można jednak wykonać w wypadkach szczękościsku i w wypadkach głębokiej caries ostatniego zęba trzonowego dolnego przy żyjącej jeszcze miazdze lub zapaleniu miazgi, zwłaszcza gdy caries toczy się od strony dystalnej. *Dr. Friediker.*

Prof. Dr. Franz Trauner. »Nerw językowy w okolicy dolnych zębów trzonowych«. (Ö. U. Vierteljahrsschrift für Zahnheilkunde Nr. 1. 1912).

Autor podaje przypadek bardzo silnych bolów po wyjęciu obu zębów mądrości dolnych, które wystąpiły w kilka tygodni po wyjęciu, a które były spowodowane, jak się później podczas operacyi wykazało, uciskiem blizny na nerw językowy, przebiegający u owej pacyentki przy samej szczęce w okolicy zębów trzonowych. Po odsłonięciu obustronnych nerwów językowych, ich naciągnięciu i uwolnieniu, bóle bezpowrotnie ustały. Nerw językowy przebiega bardzo blizko szczęki dolnej w okolicy ostatnich zębów trzonowych i może łatwo uledz uszkodzeniu przy wyjmowaniu tych zębów, zwłaszcza w wypadkach, gdzie skutkiem wysokiej i szerokiej linca obliqua

externa operujący jest zmuszony od strony języka kleszcze głęboko wprowadzić. Ponieważ zaś nerw językowy przez chorda tympani łączy się z nerwem twarzowym, a więc i ten może uledz uszkodzeniu. W ten sposób tłómaczy autor 3 przypadki porażenia nerwu twarzowego skutkiem wyjęcia zębów, podane przez Williamsa. *Dr. Friediker.*

Doc. Dr Rudolf Weiser, Wiedeń. »Na granicy między rhinologią a odontologią. (Ö. U. Vierteljahrsschrift für Zahnleilkunde Nr. 1. 1912).

Autor dzieli temat swój na 2 osobno mające być omówione części I. W jakich wypadkach otwarcie jamy Highmora powinno być wykonane przez dentystę, II. Leczenie przez dentystę radikularnych cyst w ogólności, a w czczególności tych, które się rozprzestrzeniają ku jamie Highmora.

Ad I. Na podstawie przytoczonych przypadków z własnej praktyki autor dochodzi do wniosku, że w wielu wypadkach otwarcie jamy Highmora powinno być wykonane przez dentystę, a to z 3 względów: 1) z powodu jego dokładnej znajomości stosunków topograficznych szczęki i jej otoczenia, 2) z powodu tego, że dentysta posiada doskonałe instrumentaryum, które obok jego wprawy w wykonywaniu operacyi w jamie ustnej szczególnie go kwalifikuje do otwierania jamy Highmora, 3) z powodu tego, że i tak i rhinolodzy i chirurgowie powierzają dentyście wykonanie rurek i czopów dla otwartej już jamy, czyli potrzebują jego pomocy przy następowem leczeniu protetycznem. Z punktu widzenia wskazań, kiedy dentysta ma wykonać otwarcie jamy Highmora, dzieli autor przypadki na następujące grupy: 1) rhinolog wzywa dentystę, by ten otworzył jamę Highmora, 2) brak rhinologa w danej miejscowości i jej okolicy, 3) dentysta stwierdza, że zropienie jamy Highmora jest następstwem procesu, toczącego się około szczytu korzenia zębowego, 4) zropienie zatoki szczękowej występuje skutkiem urazu przypadkowego, jak złamanie alveolu przy wyjęciu zęba, wskoczeniu korzeni zębowych do jamy i t. p.

W każdym razie radzi autor do każdej trepanacyi jamy Highmora zawezwać także, o ile to możliwe, rhinologa, bo łatwo może proces chorobowy zatoki szczękowej przejść na nos, lub inne jamy nosa, a wtedy byłby dentysta obecnością rhinologa kryty przed ewentualną ostrą, jakkolwiek niezasłużoną krytyką.

Ad II. Omówiwszy kilka bardzo ciekawych i pouczających przypadków, dochodzi autor do wniosku, że jest rzeczą bezporównania korzystniejszą zoperowanie torbiela od strony jamy ust i utworzenie komunikacyi między nim a jamą ustną, aniżeli od strony jamy nosowej, a to z następujących względów: 1) można o wiele łatwiej stwierdzić ilość i jakość wydzieliny, 2) można przy dość szerokiem otwarciu torbiela łatwo luster-

kiem obejrzeć całe wnętrze jamy, 3) pacyent o wiele łatwiej może przepłukiwać jamę torbiela od strony jamy ust, aniżeli od strony jamy nosa, 4) wydzielina torbiela o wiele łatwiej wydostaje się na zewnątrz organizmu od strony jamy ust, przyczem nie ma obawy następowych zakażeń, bo jama ustna wyścielona jest nabłonkiem wielowarstwowym płaskim, gdy tymczasem jama nosowa jest w większej części wyścielona nabłonkiem migawkowym, co może dać powód do zakażenia jamy nosowej i jej jam pobocznych, 5) obfity a zwłaszcza ropny wypływ z nosa jest bardzo przykry, a przy dłuższem trwaniu wywołuje na skórze u wejścia do jamy nosowej wyprysk, exkoryacye i rhagady. Jako jedyną, pod każdym względem najlepiej celowi odpowiadającą metodę operacyjną podaje metodę Partscha.

Dr. Friediker.

A. Pont. »W jakim wieku należy rozpocząć regulacyę zębów?« (L'Odontologie. 1911. Nr. 19).

W myśl metody dawnej należy nienormalności w ustawieniu zębów leczyć między 11 a 16 rokiem życia. Nowa szkoła zaś wymaga natychmiastowego leczenia i to nawet już w okresie rozwijania się wady. Autor zaznacza swą przynależność do szkoły nowej, jednakże z pewnem zastrzeżeniem dla okresu od 6 do 11 roku życia t. j. dla czasu zmiany zębów mlecznych na stałe. Ten okres wymaga jeszcze bliższego rozpatrzenia i ustalenia zapatrywań. W każdym razie leczenie ortodontyczne należy rozpocząć jak najwcześniej. Autor przeprowadził leczenie u pacyentki $2^1/_2$ roku liczącej z bardzo dobrym wynikiem. Również w zaniedbanych wypadkach u osób dorosłych radzi autor rozpocząć leczenie natychmiast. Prócz środków ściśle ortodontycznych należy przedewszystkiem pamiętać o leczeniu profilaktycznem. *Dr. Piątkowski.*

Th. Montigel. »O wyjmowaniu zębów«. (Schweiz. Rundschau f. Med. 1911. Z. 24).

W pierwszej części swej pracy podaje autor wskazania dla wyjęcia zęba, zwłaszcza w praktyce niespecyalisty, który częstokroć nie jest w możności użycia innej drogi, ażeby pacyenta uwolnić od dręczącego go bolu.

Przygotowanie do ekstrakcyi wymaga oczyszczenia pola operacyjnego i ulżenia cierpieniu. Przy oczyszczaniu pola należy zwrócić uwagę na kamień zębowy, osady, na znajdujące się w sąsiedztwie szczątki zębów.

Narkozy używa się obecnie tylko wyjątkowo; zwyczajnie wystarczają środki znieczulające lokalnie, zwłaszcza nowokaina. Technika znieczulania podana przez Fischera i jego uczniów jest najodpowiedniejszą.

Druga część pracy traktuje o samym zabiegu. Autor omawia rozmaite typy kleszczy, ilustrując je odpowiednimi rysunkami. Po wyjęciu

zęba należy baczyć na przebieg gojenia się rany, zwłaszcza, gdy oczyszczenie pola operacyjnego nie było możliwem. *Dr. Piątkowski.*

Römer-Strassburg. »Drobniejsze zmiany anatomiczne w szkliwie i zębinie przy próchnicy zębów«. (Schweizer. Vierteljahrschrift f. Z. 1911. Zeszyt 2).

Na podstawie bardzo dokładnych mikrofotografii demonstruje Römer przenikanie koków do kanalików zębinowych. Szczególne zainteresowanie lekarza praktyka budzą preparaty z pierwszych trzonowców, które z powodu ścieśnionego szeregu zębów zostały wyjęte, a których powierzchnie pozornie zdrowe, przy badaniu histologicznem wykazywały dość głęboko sięgające ogniska próchnicowe, przedstawiające się zewnętrznie jako małe, zabarwione, kredowo-rozmiękłe plamki. Przy ścieśnionem ustawieniu zębów radzi autor usunięcie trzonowca między 13 a 15 rokiem życia.

Dr. Piątkowski.

George Brunton. »O wulkanizacyi«. (Britisch dental Journal 1911. Nr. 17 i 19).

Ważnym czynnikiem przy sporządzaniu protezy kauczukowej jest gips, a mianowicie jego twardość. Model gipsowy powinien być bardzo twardym, by tak w czasie modelowania, jakoteż następnie w czasie prasowania i wulkanizowania nie uległ uszkodzeniu. Wszystkie używane dziś rodzaje gipsu nie posiadają tych własności i dlatego autor zaleca używanie t. zw. steatytu (Speckstein). Płytkę kauczukową przed wulkanizowaniem należy powlec cienką cynfolią, przez co powierzchnia płytki po wulkanizacyi jest znacznie gładszą. Przy tłoczeniu kauczuku należy używać t. zw. zimnej metody (wprost na modelu gipsowym), zwłaszcza, gdy chodzi o mniejsze protezy lub naprawy. Świeży kauczuk łączy się zawsze dobrze ze starym i powlekanie chloroperchą uważa autor za zbyteczne, jednakże części odpowiednie winny być zupełnie czyste. Starsze płytki kauczukowe zczerniałe skutkiem używania tytoniu i herbaty oczyszcza się przy pomocy ciepłego ługu potasowego. Przy protezach o większej objętości poleca się w celu uniknięcia porowatości kauczuku, wkładanie do wnętrza kawałków korka i wulkanizowanie wraz z nim. *Dr. Piątkowski.*

Dr. Lohmann. »Wyniki zastosowania rodalcydu, nowego preparatu rodanowego«. (Archiv. f. Z. 1911. Zeszyt 8).

Obecnie zwraca się baczną uwagę na znaczenie soli fizyologicznych w ludzkim ustroju. Dla lekarza dentysty ma bardzo doniosłe znaczenie sól rodanowa znajdująca się w ślinie, jako środek ochronny przeciw próchnicy zębów. (Edinger, Gröber, Lohmann, Michel, Münk, Nerking, Treubel, Toltàn i i.).

Lohmann uważa zastosowanie rodalcydu za bardzo wartościowe wzbogacenie szeregu leków dentystycznych, nie jest bowiem trującym, jak podobne inne preparaty, a pozatem posiada bardzo wybitne własności zapobiegawcze próchnicy zębów i lecznicze na gruczoły. Obok powyższego działania, zauważono przy podawaniu tego środka ustanie wydzielania się śliny ciągliwej i kwaśnej, zniknięcie przeczulicy zębów odwapnionych, wydobrzenie schorzeń błony śluzowej (stomatitis ulcerosa, aphtosa), oraz ciężkich zapaleń języka i t. d. Również zasługuje na uwagę własność rozpuszczania kamienia zębowego w dnie, przy ropotoku zębodołowym i t. p. Powiększenie gruczołów i procesy gruźlicze ustępowały w bardzo krótkim czasie. Temu działaniu rodalcydu towarzyszy wzrastające poczucie zdrowia, zwiększanie się liczby ciałek czerwonych krwi, podniesienie łaknienia, wzmaganie się ciężaru ciała, zwłaszcza u indywiduów młodych.

Dr. Piątkowski.

WIADOMOŚCI.

KAROL PLATSCHICK

(WSPOMNIENIE POŚMIERTNE).

Wiadomość o śmierci Prof. Dra Karola Platschick'a była bolesną niespodzianką dla szerokiego koła jego przyjaciół i kolegów. Chociaż już w marcu b. r. było wiadomem, iż Karol Platschick cierpi na zapalenie ucha środkowego, jako następstwo po influenzie, jednakowoż nie przypuszczano groźnych następstw, tembardziej, że nieboszczyk napowrót wrócił do swych zwykłych codziennych zajęć. Jednakże choroba, która już od szeregu lat czychała na niego, skorzystała ze zmniejszenia odporności organizmu, które powodowało zapalenie ucha i, zaatakowawszy go z nową siłą, spowodowała śmierć, która nastąpiła dnia 2 lipca b. r.

Założyciel miesięcznika »La Stomatologia« prof. Platschick był jednym z najpierwszych i najgorliwszych działaczy włoskiego Instytutu Stomatolog. i szkoły techniczno-dentystycznej. W tych instytucyach prof. Platschick pozostawił niezatarte ślady swej pożytecznej działalności.

Karol Platschick urodził się w Weronie 22 października 1853 r. Po ukończeniu szkół średnich Platschick wstąpił na wydział medyczny, lecz studya z powodów rodzinnych musiał przerwać, będąc na drugim roku. Jako syn dentysty łatwo uzyskał stopień chirurga-dentysty 19 października 1874 r.

Jednakże nauki lekarskie, które zmuszony był przerwać, zbyt głęboko owładnęły jego umysłem, to też Platschick prowadzi w dalszym ciągu studya, wykonywując jednocześnie praktykę dentystyczną, aż 27 marca 1890 r. otrzymuje dyplom lekarski we wszechnicy Padewskiej. Około tego czasu zakłada pismo poświęcone stomatologii: p. t. »Il. Progretto dentario«, którem kieruje z zapałem przez długie lata, ogłaszając w niem szereg cennych prac z zakresu naszej specyalności. Jednocześnie był lekarzem-dentystą w collegium wojskowem i król. Instytucie. Od tego czasu jego nazwisko stało się głośnem.

Nie zadawalniając się jednakowoż tem, zwrócił się ku celom jeszcze wyższym i 31 lipca 1891 r. otrzymał na Padewskiej wszechnicy katedrę odontologii, gdzie odznaczył się jako znakomity pedagog.

Z innymi lekarzami zakłada poliklinikę ambulatoryjną, której jest dyrektorem w przeciągu 2 lat. Przez 12 lat pozostaje dyrektorem

sekcyi odontologicznej, w której pozostawił trwałe ślady swej działalności i zyskał sobie powszechny szacunek swych kolegów. Prócz tego Karol Platschick był członkiem licznych towarzystw naukowych i zawodowych: królewskiego towarzystwa hygieny, włoskiego towarzystwa odontologów, lombardzkiego towarzystwa nauk lekarskich i biologicznych, towarzystwa wzajemnej pomocy chirurgów, towarzystwa stomatologicznego w Paryżu, Instytutu stomat. w Barcelonie, francuskiego towarzystwa odontologów, którego był również członkiem honorowym. Prócz tego był wiceprezesem Międzynarodowego Związku Stomatologów.

Całe jego pożyteczne życie cechowała wielka dobroć serca, wskutek której bezinteresownie poświęcał swój czas i wiedzę licznym dobroczynnym instytucyom. *Dr. Fr. Zalewski.*